

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

KAÍLA DA SILVA BONTEMPO

PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO PARENTAL EM TERAPIA OCUPACIONAL
PARA AUXILIAR O CUIDADOR PRINCIPAL NO COTIDIANO DAS FAMÍLIAS
DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO OPOSITOR
DESAFIADOR

SÃO CARLOS - SP
DEZEMBRO/2025

KAÍLA DA SILVA BONTEMPO

**PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO PARENTAL EM TERAPIA OCUPACIONAL
PARA AUXILIAR O CUIDADOR PRINCIPAL NO COTIDIANO DAS FAMÍLIAS
DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO OPOSITOR
DESAFIADOR**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Maria Simões Martinez

Linha de Pesquisa: Promoção do Desenvolvimento Humano nos Contextos da Vida.

Agência de Fomento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

SÃO CARLOS - SP

DEZEMBRO/2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Kaila da Silva Bontempo, realizada em 23/10/2025.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Claudia Maria Simões Martinez (UFSCar)

Profa. Dra. Andrea Ruzzi Pereira (UFTM)

Profa. Dra. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim (UFSCar)

Profa. Dra. Verônica Borges Kappel (UFTM)

Profa. Dra. Débora Ribeiro da Silva Campos Folha (UEPA)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional.

DEDICATÓRIA

Dedico esta pesquisa a todas as mulheres que exercem a maternidade e que cruzam meus caminhos diariamente. A força, resiliência e vivências de vocês contribuem com o meu materno e ao cuidado dedicado a vocês e a mim.

AGRADECIMENTOS

*Agradeço a Deus e a espiritualidade maior por me guiar, confortar e iluminar.
Aos quase 14 anos de formação como Terapeuta Ocupacional e a busca em ser a melhor
que eu possa ser, sempre com dedicação, inquietações, novas descobertas e muito afeto
por todos que cruzam meus caminhos.*

*Á mim mesma, por acreditar no meu potencial e seguir em frente mesmo nos dias
turbulentos.*

*Á minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Cláudia Maria Simões Martinez, por me acolher,
orientar, compreender todas as minhas ausências, se preocupar durante todo esse
processo de mudanças da minha vida e do meu cotidiano.*

*Á minha filha, Elis, que preenche meu coração de amor e me mostrou que posso ser muito
mais forte e capaz do que eu imaginava. Filha você é a minha maior criação e o meu
melhor amor. Te amo ao infinito e além.*

*Á minha mãe Vanilda, se não fosse você, seu cuidado comigo e Elis e seus esforços
emocionais, físicos e financeiros, concluir este processo não seria possível.*

*Ao meu padrasto Paulo, por sempre acreditar em mim, apoiar, cuidar e dedicar seu afeto
que se estende aos montes em minha filha.*

Ao Rafael por dividir o mundo da parentalidade e o gostar do “saber” comigo.

*Ao meu irmão José Neto e cunhada Jéssica, pelo apoio afetivo e moral, e por ter me dado
dois presentes maravilhosos, meus sobrinhos*

*Aos meus sobrinhos, José Francisco e Clara, que me trouxeram um dos papéis mais
gostosos da vida, ser tia.*

*Aos meus avós Diva e Francisco, pelo apoio emocional, por ser fonte de amor e por
sempre me fazerem acreditar que eu poderia chegar onde eu quisesse.*

*Á minha avó Luzia (in memorian) por se exemplo de dedicação a família e ao trabalho até
o seu último dia de vida.*

*Ao meu pai (in memorian), por ter feito o seu melhor, por ter se reaproximado após a
descoberta da Elis. Hoje entendo que você deu o que poderia e tinha para dar.*

*Aos professores do PPGTO e as coordenadoras do PPGTO, principalmente aquelas que
acolheram o meu maternar, que se dedicam incansavelmente ao processo de ensino-
aprendizagem e construção do saber da Terapia Ocupacional.*

Às colegas do PPGTO, da linha 1 de pesquisa e orientandos da professora Dra. Claudia, que mesmo distante fisicamente, colaboraram para construção deste processo. Um abraço especial a Carina.

Às professoras que compuseram a banca de qualificação e defesa deste processo de doutoramento, Prof^a Dr^a Regina H. V. Torkomian Joaquim, Prof^a Dr^a Beatriz Rocha Moura, Prof^a Dr^a Andrea Ruzzi Perreira, Prof^a Dr^a Verônica Borges Kappel e Prof^a Dr^a Débora Ribeiro da Silva Campos Folha, a contribuição de vocês foi essencial para versão final deste texto.

Ao meu querido amigo, Daniel Carleto, que entrou e saiu deste processo de doutoramento, surtando, aprendendo e me dando força para concluirmos juntos esta etapa.

As minhas amigas que a graduação trouxe, Mariana, Patricia e Rosana, que continuam segurando a minha mão e fazendo muito por mim e pelos meus.

Aos ex-colegas de trabalho do CAPS AD, principalmente Max, Luma, Gabriel, Pati e Dani por me incentivarem a não desistir e fazer com que o ano final de trabalho no CAPS AD fossem repletos de amor e com sentimento de família.

Aos colegas e ex-colegas de trabalho no CAPSi. Em especial, Sofia e Cida, obrigada por me mostrarem que eu poderia mudar no meio ou no fim do trajeto, fazendo com que o processo de doutorado fosse mais leve e me desse um retorno visto a olho nu. Elen e Maylla, obrigada pelo apoio diário e por me acolherem frente a todos meus papéis ocupacionais. Ana Luiza e Ícaro, por me ajudar a sensibilizar as cuidadoras participantes participarem da etapa de coleta de dados desta pesquisa.

À gerente do CAPSi, Pâmela, por aprovar a realização da pesquisa no nosso espaço de trabalho, e por me permitir flexionar minha rotina para que eu pudesse me dedicar ao processo e a Elis.

Aos profissionais de saúde, Davi, Zé e Dr Marcelo, que cuidam da minha saúde física e mental para que a sobrecarga não impeça que eu realize todas as minhas atividades e desempenhem todos os meus papéis ocupacionais.

À todos os amigos que durante esse processo ofertaram uma palavra de incentivo, um gesto de afeto e um pouco de acolhimento.

À cada criança, adolescente, familiar, equipe técnica de outras instituições e estagiários de Terapia Ocupacional, que permitem que eu me reencontre e exerça com cada vez mais dedicação a profissão que escolhi para minha vida.

RESUMO

Introdução: Crianças e adolescentes com Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) apresentam comportamentos desafiadores, antissociais e dificuldades de autocontrole, comprometendo rotinas familiares e impactando diretamente seus membros familiares.

Objetivo: Elaborar um programa de orientação parental em Terapia Ocupacional a partir da análise do perfil das cuidadoras bem como da percepção das mesmas sobre o impacto do transtorno no cotidiano familiar, das condições clínicas das crianças/adolescentes com TOD e da literatura existente.

Metodologia: A pesquisa foi composta por três estudos: o Estudo 1 consistiu em revisão de literatura dos últimos três anos no Portal CAPES, utilizando descritores em inglês e português "Transtorno Opositor Desafiador", "Família" e "Terapia Ocupacional", combinados com o operador booleano "and"; o Estudo 2 analisou o perfil de quatro cuidadoras atendidas em um CAPSi, por meio de um delineamento descritivo-exploratório, utilizando instrumentos padronizados para avaliar os comportamentos apresentados pelas crianças e adolescentes com TOD e o senso de competência parental, e uma entrevista semiestruturada para avaliar os impactos destes sintomas no cotidiano familiar; o Estudo 3 versou na elaboração do PROPTO-TOD a partir da integração entre a literatura e os dados sobre o cotidiano das cuidadoras, permitindo ajustes contextuais à proposta inicial. O programa foi estruturado em módulos progressivos com objetivos, conteúdos e atividades práticas, definidos segundo três critérios: relevância científica, pertinência para as demandas reais das famílias e viabilidade de aplicação na Terapia Ocupacional.

Resultados e discussão: A revisão sistematizada (Estudo 1) identificou 12 tipos de intervenções para o manejo do TOD, centradas sobretudo na relação entre pais e filhos e conduzidas majoritariamente por psicólogos e psiquiatras, com abordagens variadas e crescente foco nos cuidadores. Apesar do avanço das estratégias e da ampliação interdisciplinar, persistem lacunas importantes, especialmente a ausência de adaptações culturais para o contexto brasileiro e a pouca presença da Terapia Ocupacional; o Estudo 2 evidenciou que familiares cuidadoras de crianças e adolescentes com TOD atendidos no CAPSi vivenciam alta sobrecarga física e emocional, marcada por vulnerabilidade socioeconômica, baixa autoeficácia parental e sofrimento psíquico significativo. A gravidade dos sintomas das crianças, associada à ausência de redes de apoio, intensifica o adoecimento das cuidadoras e restringe sua participação em atividades significativas e autocuidado; O Estudo 3 apresenta o PROPTO-TOD como uma intervenção original da Terapia Ocupacional, centrada na melhora da participação nas ocupações significativas das famílias. **Considerações finais:** O Estudo 1 evidencia lacunas na literatura e reforça a urgência de programas contextualizados; o Estudo 2 destaca a sobrecarga e a baixa autoeficácia das cuidadoras, enfatizando a importância do suporte psicossocial e da reorganização do cotidiano; e o Estudo 3 apresenta o PROPTO-TOD como uma proposta singular da Terapia Ocupacional, que integra manejo comportamental, rotinas e atividades significativas. Os três estudos convergem para a necessidade de intervenções culturalmente sensíveis e integradas no cuidado a crianças e adolescentes com TOD, contemplando sintomas, dinâmica familiar e vulnerabilidades sociais. Assim, o programa se destaca como estratégia potente para qualificar o cuidado no CAPSi, fortalecendo vínculos, autonomia e práticas familiares no manejo diário do TOD.

DESCRITORES: Adolescentes; Crianças; Famílias; Intervenção; Parentalidade; Práticas Parentais; Saúde Mental do Cuidador; Terapia Ocupacional; Transtorno Opositivo Desafiador;

ABSTRACT

Introduction: Children and adolescents with Oppositional Defiant Disorder (ODD) exhibit challenging, antisocial behaviors and difficulties with self-regulation, which compromise family routines and directly impact family members. **Objective:** To develop a parental guidance program in Occupational Therapy based on the analysis of caregivers' profiles, their perceptions of the disorder's impact on family life, the clinical conditions of children/adolescents with ODD, and the existing literature. **Methodology:** The research comprised three studies: Study 1 consisted of a literature review covering the last three years in the CAPES Portal, using English and Portuguese descriptors—"Oppositional Defiant Disorder," "Family," and "Occupational Therapy"—combined with the Boolean operator "and"; Study 2 analyzed the four profile of caregivers treated at a CAPSi through a descriptive-exploratory design, using standardized instruments to assess the behaviors of children and adolescents with ODD and parental sense of competence, as well as a semi-structured interview to explore the impact of symptoms on family routines; Study 3 involved the development of the PROPTO-ODD program through the integration of literature findings and data on caregivers' daily lives, allowing contextual adjustments to the initial proposal. The program was organized into progressive modules with defined objectives, core content, practical activities, and support materials, based on three criteria: scientific relevance, practical pertinence to families' real demands, and feasibility within Occupational Therapy. **Results and Discussion:** The systematic review (Study 1) identified 12 types of interventions for managing ODD, mostly centered on parent-child relationships and predominantly conducted by psychologists and psychiatrists, with varied approaches and an increasing focus on caregivers. Despite advances and growing interdisciplinarity, important gaps remain, particularly the lack of culturally adapted programs for the Brazilian context and the limited presence of Occupational Therapy. Study 2 showed that caregivers of children and adolescents with ODD treated at the CAPSi experience high physical and emotional burden, marked by socioeconomic vulnerability, low parental self-efficacy, and significant psychological distress. Symptom severity, coupled with limited support networks, intensifies caregiver burnout and restricts engagement in meaningful activities and self-care. Study 3 presents PROPTO-ODD as an original Occupational Therapy intervention focused on improving participation in meaningful family occupations. **Final Considerations:** Study 1 highlights critical gaps in the literature and underscores the need for contextualized programs; Study 2 emphasizes caregiver overload and low self-efficacy, reinforcing the importance of psychosocial support and daily routine reorganization; Study 3 introduces PROPTO-ODD as a unique Occupational Therapy contribution that integrates behavior management, routine restructuring, and activity-based therapeutic strategies. Together, the studies demonstrate the need for culturally sensitive and integrated interventions in the care of children and adolescents with ODD, considering symptoms, family dynamics, and social vulnerabilities. Thus, the program emerges as a powerful strategy to enhance care within the CAPSi by strengthening family bonds, autonomy, and daily practices in managing ODD.

KEYWORDS: Children; Adolescents; Caregiver Mental Health; Families; Intervention;; Occupational Therapy; Oppositional Defiant Disorder; Parenting; Parenting Practices.

LISTA DE FIGURAS

Fluxograma 1 - Identificação de novos estudos via base de dados CAPES	46
Fluxograma 2 - Constituição da amostra	58
Gráfico 1 - Comparativo das três dimensões por criança/adolescente	67
Gráfico 2 - Resultados Escala de Senso de Competência Parental – PSOC	70
Figura 1 - Cronograma Encontros	108
Figura 2 - Linha do tempo rotina	113
Figura 3 - Exemplo de Quadro de Rotina Semanal	115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Score SNAP-IV por cada dimensão (Desatenção Hiperatividade e TOD)	66
Tabela 2 - Score PSOC por subitem (eficácia e satisfação) e total	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estudos de pesquisadores e terapeutas ocupacionais brasileiros que abordam o cotidiano	37
Quadro 2 - PICO	45
Quadro 3 - Descrição dos artigos em autor, ano e título	49
Quadro 4 - Caracterização das intervenções com os familiares: tipo de intervenção ou técnica, número e tempo de sessão	50
Quadro 5 - Caracterização das participantes em idade, gênero, parentesco com a criança/adolescente, estado civil, ocupação, renda familiar e quantidade de membros da família	65
Quadro 6 - Caracterização das crianças e adolescentes com TOD em relação a idade, gênero, tempo de diagnóstico de TOD, outros diagnósticos/HD, tempo de tratamento no CAPSi e tratamento externo ao CAPSi	66
Quadro 7 - Respostas pergunta 2. Como é o comportamento em um dia típico?	76
Quadro 8 - Respostas pergunta 3. Resiste em seguir regras? Pode dar exemplos?	78
Quadro 9 - Respostas pergunta 4. Você observa explosões emocionais desproporcionais nas situações do dia a dia? Se sim, dê exemplos	79
Quadro 10 - Respostas pergunta 5. Quais comportamentos você considera mais preocupantes?	80
Quadro 11 - Respostas pergunta 6. Você acredita que os comportamentos afetam (a dinâmica familiar) o funcionamento da família no dia a dia? Como?	81
Quadro 12 - Respostas pergunta 7 . O que você sente que mudou na sua vida e na da sua família desde que os comportamentos começaram?	82
Quadro 13 - Respostas pergunta 13. Como você descreveria o ambiente em casa atualmente (ex. calmo, caótico, tenso)? Por quê?	83
Quadro 14 - Respostas pergunta 8. De que maneira você acha que esses comportamentos afetam o bem-estar da criança/adolescente? e 9. De que maneira você acha que esses comportamentos afetam o bem-estar do restante da família?	84
Quadro 15 - Respostas pergunta 10 . Na sua casa, quais estratégias você costuma usar para lidar com os comportamentos desafiadores? Elas Funcionam bem?	86
Quadro 16 - Respostas perguntas sobre Rotina familiar e atividades do dia a dia	88
Quadro 17 - Respostas pergunta 15 e 16: melhoria no cotidiano	91
Quadro 18 - Respostas perguntas sobre Rotina familiar e atividades do dia a dia	93

Quadro 19. Respostas pergunta 24. Gostaria de compartilhar mais alguma experiência e sentimento sobre como tem sido viver com uma criança/adolescente com TOD?	95
Quadro 20 - Descrição da estrutura do Programa de Orientação Parental em Terapia Ocupacional	108
Quadro 21 - Indicador, resultados esperados e relação com o cotidiano e atenção psicossocial	121

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1. CAPÍTULO 1 – TRANSTORNO Opositor Desafiador	19
1.1 <i>Características do Transtorno Opositor Desafiador</i>	19
1.2 <i>Impactos na família de crianças e adolescentes com TOD</i>	21
1.3 <i>Intervenção com familiares de crianças e adolescentes com TOD</i>	23
2. CAPÍTULO 2 -PARADIGMA PSICOSSOCIAL	26
2.1 <i>Atenção Psicossocial</i>	26
2.2 <i>Estrutura da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS</i>	27
2.3 <i>Atenção psicossocial na saúde mental infanto juvenil</i>	29
2.4 <i>O lugar da família no Modelo de Atenção Psicossocial</i>	29
3. CAPÍTULO 3 – TERAPIA OCUPACIONAL E COTIDIANO	33
3.1 <i>O conceito do cotidiano na prática da Terapia Ocupacional brasileira</i>	33
3.2 <i>Cotidiano, reabilitação psicossocial e saúde mental infantojuvenil</i>	35
3.3 <i>Estudos de pesquisadores e terapeutas ocupacionais brasileiros que abordam o cotidiano e a saúde mental infanto juvenil</i>	37
3.4 <i>Terapia Ocupacional e o cotidiano: quais são as possibilidades de atuação em famílias que lidam com o Transtorno Opositor Desafiador?</i>	40
OBJETIVOS	42
Objetivo Geral	42
Objetivos Específicos	42
DELINEAMENTO E CONDUÇÃO DA PESQUISA	43
<i>Tipo de Estudo e Abordagem</i>	43

ESTUDO 1 - A REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA SOBRE INTERVENÇÕES OFERTADAS AOS FAMILIARES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TOD 44

- 1. *Método* 44
- 2. *Coleta de dados* 45
- 3. *Análise de dados* 47

RESULTADOS E DISCUSSÃO - ESTUDO 1 – A REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA SOBRE INTERVENÇÕES OFERTADAS AOS FAMILIARES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TOD 48

- 1. *Resultados* 48
 - 1.1 *Caracterização da produção científica sobre suporte e saúde mental de familiares de crianças e adolescentes com TOD* 49
 - 1.2 *Caracterização das intervenções/técnicas utilizadas com os familiares de criança e adolescentes com TOD* 51
- 2. *Discussão* 53

ESTUDO 2 - COTIDIANO E SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TOD: UM ESTUDO DE CAMPO 56

- 1. *Método* 56
- 2. *Local* 56
- 3. *Amostra* 56
- 4. *Critérios de inclusão e exclusão* 57
- 5. *Instrumentos* 58
- 6. *Procedimentos* 59
 - 6.1 *Procedimentos éticos* 59
 - 6.2 *Dinâmica de aplicação dos instrumentos e da entrevista semiestruturada (coleta de dados)* 60
- 7. *Análise dos dados* 61

RESULTADOS E DISCUSSÃO - ESTUDO 2 - COTIDIANO E SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TOD: UM ESTUDO DE CAMPO 63

1. Perfil da amostra	63
2. Percepção dos sintomas de TOD pelas cuidadoras - Resultados do SNAP IV	65
3. Descrição do senso de autoeficácia parental autopercebidos familiares cuidadores de crianças e adolescentes com Transtorno Opositor Desafiador e da saúde mental autopercebida - Resultados do PSOC e do bloco de saúde mental da entrevista semiestruturada	68
3.1 Senso de autoeficácia parental autopercebidos - Resultados do PSOC	68
3.2 Saúde mental das cuidadoras	72
3.3 Percepção das cuidadoras sobre como o TOD afeta a rotina e o cotidiano familiar	74
3.3.1 Comportamento da criança/adolescente no contexto familiar na perspectiva do cuidador	74
3.3.2 Impactos do Comportamento da Criança /adolescente no ambiente familiar	79
3.3.3 Expectativas e suporte familiar	89
3.3.4 Compartilhando sentimentos e experiências	93
4. Considerações finais: como esses dados sobre sintomas apresentados pelas crianças e adolescentes e seus cuidadores, saúde mental das cuidadoras e impactos do TOD no cotidiano familiar se conectam	96

ESTUDO 3 - ELABORAÇÃO DO PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO PARENTAL EM TERAPIA OCUPACIONAL PARA CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TOD – PROPTOD-TO

1. Método	99
-----------------	----

RESULTADOS E DISCUSSÃO: ESTUDO 3 - ELABORAÇÃO DO PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO PARENTAL EM TERAPIA OCUPACIONAL PARA CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TOD – PROPTO-TO .

.....	101
1. Pressupostos do programa PROPTO- TOD	101
2. Referencial teórico do PROPTO-TOD	103
3. Fundamentação e justificativa do PROPTO-TOD	105
4. Objetivos do PROPTO-TOD.....	106

5. <i>Estrutura do PROPTO-TOD</i>	106
6. <i>Avaliação dos resultados</i>	118
7. <i>Resultados esperados</i>	118
8. <i>Considerações finais</i>	123
CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS	126
ANEXOS	143
ANEXO I – SNAP IV	143
ANEXO II - Escala de Senso de Competência Parental (PSOC)	144
ANEXO III – Autorização Secretaria Municipal de Saúde	145
ANEXO IV – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa	148
ANEXO V - Autorização Gerência CAPSi	157
APÊNDICES	158
APÊNDICE I – Formulário de caracterização sociodemográfica	158
APÊNDICE II – Roteiro de Entrevista Semiestruturada	159
APÊNDICE III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	165

APRESENTAÇÃO

Desde minha infância me lembro de gostar de cuidar e brincar com crianças mais novas, eu era a prima que ajudava a cuidar dos bebês e crianças mais novas. Ao cursar Terapia Ocupacional me entreguei aos campos de estágio e disciplinas que abordavam o desenvolvimento infantil e junto a esta paixão antiga os caminhos da saúde mental infantojuvenil se abriram, ou foram intensamente buscados por mim, através de projeto de extensão e iniciação científica.

No meu primeiro emprego, como equoterapeuta pude exercer o cuidado com crianças e adolescentes, e compreender na prática como o contexto familiar e o apoio da família são essenciais para alcançar os objetivos terapêuticos traçados para o público infanto juvenil.

Após dois anos e meio de trabalho, decido prestar a prova para o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, especificamente na área da Criança e Adolescente. De 2015 a 2017 mergulho no universo da prática aliada a teoria, atendendo diversas crianças e adolescentes em contexto hospitalar, ambulatorial e Atenção Primária. Mais uma vez, a tríade contexto-indivíduo-família invade minha prática e meus estudos.

No final de 2017, participei de processos seletivos para o mestrado em três programas distintos, com o intuito de investigar a relação entre o desempenho motor e o rendimento escolar de crianças mais velhas e adolescentes — grupo frequentemente atendido durante minha Residência.

Em 2018, iniciei o mestrado com o apoio de uma bolsa da CAPES. Durante as disciplinas do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, pude refinar meus interesses de pesquisa e tive meu primeiro contato com o Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação, graças à orientação da Professora Cláudia e às reuniões do grupo de pesquisa. A tão almejada oportunidade de estudar em São Carlos coincidiu com outra conquista importante: o retorno a Uberaba para assumir um cargo público.

Ao assumir o cargo na Prefeitura Municipal de Uberaba me afastei momentaneamente do público infanto juvenil. Foram quase 6 anos destinados a saúde mental de adultos em sofrimento psíquico devido ao uso de substâncias psicoativas, como terapeuta ocupacional e no último ano como gestora de um CAPS AD.

Ao fim do mestrado em 2020, entrei no mesmo Programa para cursar o doutorado a fim de continuar meu tema de pesquisa nas escolas municipais. No entanto, logo após

minha defesa do mestrado e quando iria iniciar as disciplinas do doutorado foi decretada a Pandemia do COVID 19 e descobri minha gravidez.

Cursei as disciplinas no ano de 2020 e 2021 gestante e com uma bebê de colo. Apesar de não me afastar neste primeiro momento do processo de doutorado e de trabalhar home office até a licença maternidade, quando retornei ao trabalho me vi perdida na rotina de conciliar trabalho, maternidade e estudos. Como medida protetiva para evitar COVID 19, em primeiro momento não poderia dar seguimento a minha pesquisa nas escolas. Por duas vezes proroguei meus prazos a fim de conseguir me dedicar a escrita e descansar da rotina exaustiva.

No início de 2024, retomo meu trabalho dedicado a saúde mental infantojuvenil. Desde então, respirando a reabilitação psicossocial, entre encontros afetuosos, contribuo com crianças, adolescentes e suas famílias, na aplicação do que “aprendemos” juntos no seu cotidiano e sigo na luta do cuidado em liberdade, de ser, estar e pertencer no mundo, em seu território e na cidade de Uberaba - Minas Gerais.

Junto a este processo, a sobrecarga física e emocional me convidava a tentar tornar o processo de doutorado mais leve. No meio do ano de 2024 convido minha orientadora a mudar o projeto de pesquisa para que ele possa ser coletado no meu ambiente de trabalho, que aceitou o convite e embarcou comigo nesta jornada.

Com a aprovação do CEP somente em junho de 2025, alguns dias antes da minha qualificação, algumas ideias iniciais não puderam ser aplicadas. O fruto deste processo construído com muito esforço em dias e noites divididos entre maternidade, autocuidado, trabalho e estudos será apresentado a seguir.

INTRODUÇÃO

Para responder aos objetivos propostos, a presente pesquisa de doutorado é composta de 3 estudos: Estudo 1 – intervenções terapêuticas e suportes profissionais para cuidadores de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno Opositor Desafiador: um estudo de revisão da literatura; Estudo 2 – Cotidiano e saúde mental dos cuidadores de crianças e adolescentes com TOD: um estudo de campo; e Estudo 3 - Elaboração do programa de orientação parental em Terapia Ocupacional para cuidadores de crianças e adolescentes com TOD – PROPTOD-TO.

O material apresentado está dividido da seguinte maneira: capítulos iniciais (1 e 2) que embasam esta pesquisa (Referencial Teórico), Objetivos, Métodos (Estudo 1, Estudo 2 e Estudo 3), Resultados e Discussão (Estudo 1, Estudo 2 e Estudo 3), Considerações Finais e Referências.

Em relação aos capítulos iniciais, o capítulo 1 exhibe o Transtorno Opositor Desafiador, suas características, as implicações do comportamento da criança e adolescente no contexto familiar e as possíveis intervenções com familiares; o capítulo 2 que versa sobre o paradigma psicossocial, conceito de atenção psicossocial, a Rede de Atenção Psicossocial e o lugar da família neste modelo de atenção; o capítulo 3 que aborda o Cotidiano, a relação com a Terapia Ocupacional, com a saúde mental infanto juvenil e com a reabilitação psicossocial, a atuação de pesquisadores e terapeutas ocupacionais brasileiros e as possibilidades de atuação da terapia ocupacional no Cotidiano de famílias de crianças e adolescentes com TOD. Este conjunto de capítulos compõe o referencial teórico e conceitual utilizado pela pesquisadora na discussão dos resultados apresentados nos estudos.

Na sequência, são apresentados os Objetivos Gerais e Específicos do trabalho, o Delineamento e Condução da Pesquisa e os Métodos utilizados em cada um dos estudos. Em seguida, são apresentados separadamente os Resultados e Discussões do Estudo 1, do Estudo 2 e do Estudo 3.

O Estudo 1 consiste em uma revisão de literatura sobre programas e ou estratégias de orientação parental nos casos de TOD, a fim de identificar a existência de alguns programas de orientação parental.

O estudo 2 caracteriza o perfil sociodemográfico das participantes da pesquisa, apresentando os resultados do instrumento SNAP IV que avaliam os sintomas e sinais do TOD nas crianças e adolescentes, bem como o senso de competência parental e saúde mental percebidos pelas cuidadoras.

Por fim o estudo 3 versa na elaboração do Programa de Orientação Parental em Terapia Ocupacional para cuidadores de crianças e adolescentes com TOD, utilizando os resultados encontrados nos dois estudos anteriores e os referenciais do modelo de atenção psicossocial e o conceito de cotidiano discutido na Terapia Ocupacional.

Após, são apresentadas as Considerações Finais, as referências utilizadas nesta pesquisa, assim como os Anexos e Apêndices.

“Quero colo, vou fugir de casa
Posso dormir aqui com vocês?
Estou com medo, tive um pesadelo
Só vou voltar depois das três”
Legião Urbana

1. CAPÍTULO 1

TRANSTORNO OPOSITOR DESAFIADOR

1.1 Características do Transtorno Opositivo Desafiador

O Transtorno de Oposição Desafiante ou Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) caracteriza-se por padrões de comportamento antissocial, desafiador ou agressivo, repetitivo e persistente por pelo menos 6 meses. Dentro do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – 5), o TOD é classificado com um transtorno disruptivo, do controle de impulsos e da conduta (APA, 2013).

Crianças e adolescentes com TOD geralmente possuem problemas de autocontrole das emoções, respondendo de maneira a contrariar ou desafiar quem está a sua volta, seja por meio de comportamentos desobediente, confrontando a “figura de autoridade” ou comportamentos passivos e apáticos, não respondendo ao pedido (Ribeiro *et al.*, 2024; Corrêa *et al.*, 2023; Ferreira, 2022).

Considerado um dos transtornos do comportamento disruptivo mais prevalentes na infância, o TOD afeta aproximadamente 3% a 10% da população infantojuvenil, com maior incidência em meninos e frequência elevada de comorbidades, especialmente com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e transtornos de conduta (Rocha *et al.*, 2016; Serra-Pinheiro *et al.*, 2004).

Comorbidades como ansiedade e depressão podem estar presentes nos indivíduos que apresentam o TOD (APA, 2013). Além disso, crianças com TOD podem ter diagnóstico anterior de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (Corrêa *et al.* 2023; APA, 2013). Estudos epidemiológicos indicam que, no Brasil, a prevalência de TOD varia entre 2 e 6% nas crianças e adolescentes (Ribeiro *et al.*, 2024; Chalfon; Ramos, 2022).

Os sintomas podem se manifestar em um ou mais ambientes em que a criança está inserida, como o domiciliar e o escolar, além de casas de amigos ou familiares. Para conclusão diagnóstica, conforme o DSM 5, a criança ou adolescente devem preencher três critérios, sendo eles (APA, 2013):

- A) Apresentar quatro dos seguintes sintomas, caracterizados por um humor raivoso e irritável, durante um período mínimos de seis meses, com pelo menos uma pessoa que não seja um irmão:

“Humor Raivoso/Irritável

1. Com frequência perde a calma.
2. Com frequência é sensível ou facilmente incomodado.
3. Com frequência é raivoso e ressentido.

Comportamento Questionador/Desafiante

4. Frequentemente questiona figuras de autoridade ou, no caso de crianças e adolescentes, adultos.
5. Frequentemente desafia acintosamente ou se recusa a obedecer a regras ou pedidos de figuras de autoridade.
6. Frequentemente incomoda deliberadamente outras pessoas.
7. Frequentemente culpa outros por seus erros ou mau comportamento.

Índole Vingativa

8. Foi malvado ou vingativo pelo menos duas vezes nos últimos seis meses” (APA, 2013, p. 462).

- B) O comportamento perturbado causa sofrimento para o indivíduo ou para outras pessoas no seu contexto social próximo ou causa repercussões negativas em áreas importantes do desenvolvimento (social, educacional, profissional).
- C) Os comportamentos não são mais bem explicados por outros transtornos como, transtorno psicótico, transtorno cognitivo e comportamental devido uso de drogas, ou transtornos depressivos e de humor.

Os sintomas podem ser classificados em leve, moderado e grave conforme a quantidade de ambientes em que eles aparecem (APA, 2013). Dentre os fatores de risco estão a predisposição genética, as práticas parentais e os ambientes familiares disfuncionais (APA, 2013). Dessa forma, pode-se concluir que, geralmente, as interações familiares em seus respectivos ambientes tendem a influenciar de maneira direta e significativa o comportamento de crianças e adolescentes com o TOD (Ferreira, 2022; Lin *et al.*, 2022).

As intervenções mais eficazes para o tratamento do TOD seguem uma abordagem multimodal, envolvendo estratégias direcionadas à criança, à família e ao contexto escolar. Entre essas, destaca-se o treinamento parental, que busca capacitar os responsáveis para o manejo de comportamentos desafiadores por meio de estratégias de

reforço positivo, disciplina consistente e melhoria na comunicação familiar (Pacheco; Badaró, 2021). Programas internacionais como o “Incredible Years”, o “Parent-Child Interaction Therapy” (PCIT) e os protocolos de Barkley apresentam evidências robustas quanto à sua eficácia (Webster-Stratton, 2025; Eyberg *et al.*, 2022).

Além disso, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem se mostrado eficaz, sobretudo com crianças mais velhas e adolescentes, ao favorecer o desenvolvimento de habilidades de regulação emocional, resolução de conflitos e reestruturação de pensamentos disfuncionais (Valle; Alves; Kaminski, 2024; Viana; Martins, 2022; Moura; Medina, 2022). A atuação conjunta com o ambiente escolar também é crucial, promovendo a generalização das habilidades aprendidas por meio de estratégias como reforço positivo, rotinas estruturadas e planos de intervenção comportamental (Iwamoto, 2025; Utzig *et al.*, 2022; Costa *et al.*, 2024).

1.2 Impactos na família de crianças e adolescentes com TOD

Os pais ou cuidadores principais são os mais afetados pela desregulação comportamental e emocional das crianças e adolescentes com TOD. Práticas parentais negativas, como abuso psicológico, físico e negligência contribuem para surgimento e exacerbação dos sintomas do TOD (Baião; Herênio; Carvalho, 2022; . Por outro lado, práticas parentais positivas com construção de confiança e comunicação clara de regras, protegem e diminuem os sintomas (Lin *et al.* 2022).

Lin *et al.* (2022) ainda propõem um modelo de três níveis para ajudar a compreender como diferentes dimensões do ambiente familiar se articulam para influenciar o desenvolvimento e a manutenção do TOD: nível do sistema familiar, nível díade e nível individual.

No **nível do sistema familiar**, fatores amplos como funcionamento global da família e condições socioeconômicas moldam o clima emocional e a estabilidade do lar, podendo aumentar ou reduzir a vulnerabilidade da criança aos sintomas. No **nível díade**, a qualidade das relações entre os membros da família, especialmente o relacionamento conjugal e as interações entre pais e filhos, exerce impacto direto sobre os comportamentos opostos e desafiadores, uma vez que conflitos e inconsistências relacionais tendem a intensificar a desregulação emocional.

Já no **nível individual**, características específicas dos pais (como estresse, psicopatologias e habilidades de regulação emocional) e da própria criança (temperamento, impulsividade, cognições sociais) interagem entre si, contribuindo para

a expressão e evolução do transtorno. Assim, o modelo evidencia que o TOD não resulta apenas de fatores isolados, mas de um conjunto de influências interligadas que operam simultaneamente em diferentes camadas da vida familiar.

Assim, um bom cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes, exige um olhar atento aos familiares cuidadores, uma vez que a sobrecarga pode afetar negativamente o suporte oferecido a criança e adolescente e causar problemas de saúde mental, emocional e física neste cuidador (Brandão *et al.* 2021).

Famílias de crianças com TOD frequentemente enfrentam um cotidiano permeado por conflitos, resistência à autoridade e dificuldades na imposição de limites, o que contribui para altos níveis de estresse parental (Lima; Godinho, 2025; Ribeiro *et al.*, 2024). Os cuidadores geralmente relatam sentimentos de exaustão emocional, frustração e impotência diante da persistência dos comportamentos desafiadores, o que pode gerar sobrecarga psíquica e prejuízos na qualidade das interações familiares (Montenegro *et al.*, 2025; Costa *et al.*, 2024).

A sobrecarga familiar pode ser entendida em dois aspectos: subjetivo e objetivo (Buriola *et al.*, 2016). Dentre os aspectos objetivos, destacam-se as consequências negativas, concretas e observáveis, decorrentes do papel de cuidador — como perdas financeiras, alterações na rotina familiar, sobrecarga de tarefas no cuidado diário e necessidade constante de supervisão dos comportamentos problemáticos do indivíduo (Buriola *et al.*, 2016).

Em relação aos aspectos subjetivos, observa-se a percepção ou avaliação pessoal em relação ao exercício do cuidado, ou seja, o quanto o cuidador percebe os comportamentos ou a dependência do familiar a ser cuidado como uma fonte de preocupação e tensão psicológica (Buriola *et al.*, 2016). Neste sentido, conclui-se que a sobrecarga e o nível de saúde mental do cuidador influenciam diretamente na saúde mental da criança e do adolescente.

Estudos indicam que o ambiente familiar tende a se tornar mais conflituoso e menos coeso, especialmente em famílias que não recebem apoio psicossocial adequado (Rosso, 2017). Além disso, o TOD pode afetar o relacionamento conjugal, a relação entre irmãos e até mesmo a inserção social da família, já que episódios de desregulação emocional e comportamento opositor frequentemente ocorrem em espaços públicos, gerando constrangimento e isolamento (Viana; Martins, 2022).

Nesse contexto, abordagens terapêuticas que envolvam a família como um todo são fundamentais. O treinamento parental, por exemplo, tem se mostrado eficaz na

redução de comportamentos disruptivos, no fortalecimento das habilidades parentais e na melhoria da comunicação familiar (Valle; Alves; Kaminski, 2024). A terapia familiar também aparece como recurso importante, promovendo a reorganização das funções familiares e o desenvolvimento de estratégias mais adaptativas para o enfrentamento das situações ocasionadas pelo transtorno (Pacheco; Badaró, 2021).

Dessa forma, compreender os efeitos do TOD na estrutura e no funcionamento da dinâmica familiar é essencial para o planejamento de intervenções integradas e eficazes. Ao reconhecer o impacto do transtorno sobre os cuidadores e demais membros da família, amplia-se a possibilidade de promover não apenas o bem-estar do indivíduo diagnosticado, mas de todo o núcleo familiar envolvido.

Logo, o treinamento de habilidades parentais, pode ser assertivo para melhorar o desenvolvimento comportamental e emocional das crianças e dos adolescentes com TOD (Baião, Herênio, Carvalho, 2022).

1.3 Intervenção com familiares de crianças e adolescentes com TOD

A intervenção com familiares de crianças e adolescentes diagnosticados com Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) é fundamental para o sucesso terapêutico e a melhoria da qualidade de vida tanto dos indivíduos com TOD quanto de seus cuidadores. Nos últimos anos, diversas abordagens têm sido desenvolvidas e aprimoradas para auxiliar as famílias a lidarem com os desafios impostos por esse transtorno (Arantes *et al.*, 2024; Costa *et al.*, 2024).

As evidências apontam que intervenções parentais estruturadas, como a Parent–Child Interaction Therapy (PCIT), são eficazes na redução de comportamentos disruptivos e na melhoria da relação entre pais e filhos (Li; m; Li, 2021; Valero-Aguayo *et al.*, 2021). A revisão sistemática de Calderone *et al.* (2024) destaca que esses programas também diminuem o estresse parental e fortalecem as habilidades de manejo, contribuindo para ambientes familiares mais estáveis. Apesar de limitações metodológicas na literatura, os achados indicam que intervenções centradas nos pais são componentes essenciais no tratamento e na prevenção de problemas comportamentais na infância.

O **programa 4rs2ss**, desenvolvido pela Universidade de Nova York, organiza-se em grupos familiares múltiplos, com foco em regras, relações, responsabilidade, comunicação respeitosa, manejo do estresse e suporte social. Outras propostas baseiam-se em materiais de autoajuda guiados, acompanhados de contatos remotos, que podem

assumir tanto uma vertente comportamental, com técnicas estruturadas de manejo, quanto uma não diretiva, voltada à escuta ativa e à resolução colaborativa de conflitos (Acri *et al.*, 2023; Chacko *et al.* 2022).

A **Terapia de Interação Pai-Filho** adaptada para crianças com traços insensíveis e sem emoção (PCIT-CU) acrescenta estratégias de reconhecimento emocional, afeto positivo e sistemas de recompensa, diferenciando-se da PCIT tradicional (Smith; Jordan; Agazzi, 2024).

O clássico **Treinamento de Gestão Parental (PMT)**, por sua vez, ensina reforço, punições e resolução de conflitos, podendo ser aplicado de forma presencial, híbrida ou online, sempre com recursos audiovisuais e prática domiciliar (Paiva *et al.*, 2024). Algumas versões associam o PMT a métodos complementares, como o modelo **Soluções Colaborativas e Proativas (CPS)**, que prioriza habilidades socioemocionais, ou ainda à **Resistência Não Violenta (NVR)**, que propõe firmeza parental sem coerção, manejo de telas e construção de redes de apoio (Dedousis-Wallace *et al.*, 2022; Fongaro; Picot; Stringaris, 2022).

Outros programas adotam perspectivas distintas. O **Circle of Security Parenting (COS-P)**, inspirado na teoria do apego, fortalece vínculos precoces entre cuidadores e crianças por meio de reflexões e vídeos didáticos (COS International, 2025; Bikic, *et al.* 2022). Por sua vez, modelos como o **KOMET** e o **Coping Power Program (CPP)** utilizam a terapia cognitivo-comportamental, direcionando atividades tanto a pais quanto a crianças, com foco na autorregulação e no controle da raiva (Helander *et al.*, 2022).

Já o **ACT (Terapia de Aceitação e Compromisso)**, em formato breve, privilegia a regulação emocional e a flexibilidade psicológica dos pais, incorporando mindfulness e práticas alinhadas aos valores familiares. Há ainda programas de caráter breve e personalizado, que ajustam estratégias às necessidades específicas das famílias, bem como versões de autoajuda com suporte prolongado, combinando materiais escritos e acompanhamento telefônico (ACBS, 2025; Fluja-Contreras; García-Palacios; Gómez, 2022).

Esses programas de intervenção parental, embora diversos em suas abordagens, compartilham o objetivo comum de promover um ambiente familiar mais positivo, estruturado e eficaz no manejo de comportamentos desafiadores. Seja por meio do desenvolvimento de habilidades parentais, da modificação de padrões de pensamento, do uso do reforço positivo, da intervenção direta na dinâmica familiar ou da aplicação

de técnicas de modificação de comportamento, todos buscam fortalecer o papel dos pais na educação e no apoio ao desenvolvimento socioemocional dos filhos.

No contexto brasileiro, observa-se que as intervenções destinadas a crianças com Transtorno Opositivo Desafiador e seus familiares se estruturam predominantemente a partir do modelo de atenção psicossocial, orientado pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (Bustamante; Onocko-Campos, 2020; Brasil, 2011).

Esse modelo valoriza a atuação multiprofissional, integrando diferentes saberes e práticas, e privilegia uma abordagem centrada na família, reconhecendo-a como núcleo fundamental no processo de cuidado. Assim, os serviços buscam articular estratégias de promoção da saúde, prevenção e tratamento, enfatizando vínculos afetivos, corresponsabilização e o fortalecimento da rede de apoio social (Santos *et al.*, 2023; Taño *et al.*, 2021; Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

“A gente gostava das palavras quando elas perturbavam o sentido normal das ideias. Porque a gente sabia que só os absurdos enriquecem as ideias”.
Manoel de Barros

2. CAPÍTULO 2

PARADIGMA PSICOSSOCIAL

2.1 A atenção psicossocial:

O modelo de atenção psicossocial no Brasil consolidou-se a partir da Reforma Psiquiátrica, iniciada na década de 1970, e da posterior regulamentação pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esta abordagem substituiu progressivamente o modelo hospitalocêntrico, baseado em internações de longa permanência, por uma lógica territorial, comunitária e de cuidado integral. Fundamenta-se nos princípios da desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e garantia de direitos, reconhecendo a pessoa em sofrimento psíquico como sujeito de cidadania (Onocko-Campos, 2019; Amarante, 2007).

A desinstitucionalização pressupõe uma substituição progressiva de práticas excludentes por estratégias de convivência comunitária, e atendimentos em serviços substitutivos como os Centros de Atenção Psicossocial, além de outros serviços presentes no território. Logo, o princípio da territorialidade, implica no cuidado no território de vida dos usuários, em articulação com comunidade e a rede intersetorial (Barbosa *et al.* 2016; Yasui; Luzio; Amarante, 2018).

A participação social e a cidadania, se concretizam quando há inclusão do usuário e de sua família como protagonistas do processo terapêutico e conhecedores de seus direitos. Além disso, outro princípio pertinente é a integralidade que prevê a atenção às múltiplas dimensões da vida (saúde, educação, trabalho, cultura, assistência social) da prevenção a reabilitação (Costa-Rosa, 2013).

A integralidade implica compreender o sujeito de forma ampla e contextualizada, considerando não apenas seus aspectos biológicos, mas também suas condições sociais, culturais e emocionais. Assim, o cuidado deixa de ser fragmentado e passa a ser construído de maneira contínua e interdisciplinar, exigindo a articulação entre diferentes setores e políticas públicas. Dessa forma, a integralidade se concretiza como um princípio ético e político fundamental para a efetivação do cuidado humanizado e emancipatório no campo da saúde mental (Weber; Colussi, 2024).

O atendimento de forma multiprofissional com uma equipe de saúde robusta (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, educadores e outros profissionais) favorece um cuidado inclusivo e humanizado, centrado nas necessidades do indivíduo em sofrimento psíquico e de sua família (Jafelice; Marcolan, 2018).

No âmbito mais amplo da saúde mental, a inserção da Terapia Ocupacional na reforma psiquiátrica no Brasil representa uma transformação significativa no cuidado, afastando-se do modelo manicomial tradicional e hospitalocêntrico para um enfoque comunitário e interdisciplinar (Melo; Constantidinis, 2024; Taño; Matsukura; Minatel, 2021; Ricci; Marques; Marcolino, 2018).

Com a reforma, iniciada nas décadas de 1980 e 1990 e consolidada pela Lei nº 10.216/2001, o terapeuta ocupacional passou a desempenhar um papel central na promoção da autonomia, inclusão social e resgate das capacidades dos usuários por meio da utilização de atividades significativas e do trabalho coletivo (Melo; Constantinidis, 2024).

A atuação desses profissionais é especialmente notável nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde contribuem para a construção de práticas terapêuticas que valorizam a subjetividade e o protagonismo dos usuários, favorecendo sua reinserção social e a redução do estigma (Táparo; Constantidinis; Cid, 2024; Mata *et al.*, 2023; Bueno *et al.*, 2021).

Essa inserção reflete a ampliação da visão sobre saúde mental, integrando aspectos sociais, culturais e ocupacionais no tratamento e no cuidado, evidenciando o compromisso da Terapia Ocupacional com uma abordagem humanizada, democrática e crítica, alinhada aos princípios da reforma psiquiátrica brasileira (Melo; Constantinidis, 2024).

2.2 Estrutura da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A RAPS foi instituída pela Portaria nº 3.088/2011, organizando o cuidado em diferentes níveis: Atenção Básica, como porta de entrada e espaço de promoção a saúde; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS e CAPSi), dispositivos estratégicos de base comunitária; Unidades de Acolhimento e Serviços Residenciais Terapêuticos, voltados à substituição das internações prolongadas; além da atenção hospitalar e de urgência, que atua de forma articulada à rede territorial. Também prevê articulação intersetorial com educação, assistência social e justiça (Onocko-Campos, 2019; Brasil, 2011).

Cabe a Atenção Primária em Saúde ser a porta de entrada do sistema, responsável pelo cuidado longitudinal, promoção de saúde e detecção precoce. Por sua vez, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS e CAPSi) são serviços especializados de base comunitária, com atendimento diário, que oferecem acompanhamento intensivo, individual e grupal, além de suporte às famílias (Onocko-Campos, 2019; Brasil, 2011).

As Unidades de Acolhimento e Serviços Residenciais Terapêuticos são dispositivos de cuidado substitutivos à internação prolongada e a Atenção Hospitalar e de Urgência/Emergência oferece suporte em situações de crise, articulado à rede comunitária (Onocko-Campos, 2019; Brasil, 2011).

Em Uberaba – Minas Gerais, local desta pesquisa de doutoramento, a RAPS é composta por 33 unidades representantes da atenção primária (Unidades de Saúde da Família/Estratégias de Saúde da Família – USF/ESF, Unidades Matriciais em Saúde – UMS, Unidades Básicas em Saúde – UBS, Equipe de Consultório na Rua), quatro Centros de Atenção Psicossociais (CAPS AD III – Dr Elias Barbosa, CAPSi, CAPS Dr Inácio Ferreira e CAPS Maria Boneca), um Serviço Intermediário de Atenção Psicossocial – Dr. Francisco Mauro Guerra Terra, duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA); SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; um estabelecimento de saúde que realiza internação psiquiátrica – Instituto Maria Modesto; quatro hospitais gerais, sendo um infantil; e cinco Serviços Residenciais Terapêuticos (Uberaba, 2025).

2.3 Atenção psicossocial na saúde mental infantojuvenil:

A atenção psicossocial voltada à infância e adolescência no Brasil é um desdobramento do modelo da Reforma Psiquiátrica, mas com especificidades próprias. Historicamente, crianças e adolescentes em sofrimento psíquico eram invisibilizados nas políticas públicas, muitas vezes submetidos a internações ou institucionalizações que pouco consideravam suas necessidades de desenvolvimento e vínculos familiares (Brasil, 2014).

Com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), instituiu-se um espaço especializado de cuidado comunitário para esse público. Os CAPSi têm como funções: ofertar atendimento multiprofissional individual e em grupo; articular a rede intersetorial (saúde, educação, assistência social, justiça, cultura); acompanhar famílias e cuidadores, fortalecendo a corresponsabilização; atuar em situações de crise, de modo articulado a

outros serviços de urgência; promover ações de reinserção social, respeitando as singularidades do desenvolvimento (Brasil, 2011).

Nesse contexto, a família ocupa lugar central, considerada não apenas como suporte ao usuário, mas também como destinatária de cuidado. Grupos de pais, atendimentos familiares e ações de orientação buscam fortalecer vínculos e ampliar as possibilidades de convivência (Fernandes *et al.*, 2022; Santos, 2021).

Apesar dos avanços, persistem desafios importantes: insuficiência de CAPSi em várias regiões do país, concentração de serviços em áreas urbanas, falta de capacitação específica para lidar com quadros disruptivos, além do estigma social associado a crianças e adolescentes com transtornos mentais (Buchweitz; Mari; Kieling, 2022).

Assim, a atenção psicossocial infantojuvenil representa um campo em construção, marcado pela busca de práticas integradas, multiprofissionais e centradas na família, mas ainda com lacunas na efetiva implementação de políticas públicas capazes de garantir acesso universal e equitativo. Observa-se a importância da articulação entre os serviços de saúde mental infantojuvenil para a efetivação de um modelo de atenção psicossocial que seja integral, contínuo e resolutivo (Nunes *et al.*, 2019).

Fernandes *et al.* (2022) corroboram com a afirmação acima ao apontarem que embora haja avanços na compreensão das dimensões que envolvem o cuidado à saúde mental infantojuvenil, ainda existem desafios significativos. A articulação entre os serviços de saúde mental e a atenção básica é limitada, e há uma necessidade de maior capacitação dos profissionais para lidar com as questões de saúde mental na infância e adolescência. Além disso, destaca-se a importância de uma abordagem integrada e intersetorial para o cuidado, envolvendo não apenas os profissionais de saúde, mas também a família, a escola e a comunidade (Fernandes *et al.*, 2022).

2.4 O lugar da família no modelo de Atenção Psicossocial

No modelo de Atenção Psicossocial, a família ocupa um papel central na construção e efetivação do cuidado em saúde mental, sendo reconhecida não apenas como suporte do usuário, mas também como sujeito que necessita de atenção e acompanhamento. A participação familiar transcende o simples acompanhamento clínico, configurando-se como espaço de negociação do plano de cuidado, onde conflitos, decisões terapêuticas e estratégias de enfrentamento são compartilhados entre profissionais e familiares (Ferreira *et al.*, 2019).

Ao mesmo tempo, a família é parte integrante da vida social do usuário, influenciando e sendo influenciada pelas práticas de cuidado, o que reforça a necessidade de abordagens intersetoriais e inclusivas, capazes de fortalecer vínculos e promover a autonomia dos sujeitos envolvidos. Esse reconhecimento amplia o conceito de cuidado, deslocando o foco exclusivo do indivíduo para a rede de relações que sustenta seu desenvolvimento e bem-estar psicossocial (Ferreira *et al.*, 2019).

De acordo com a Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, o desenvolvimento é influenciado por múltiplos sistemas interconectados — do microssistema, que envolve a família e a escola, até o macrossistema, composto por normas culturais e políticas públicas. Assim, a atenção integral à saúde mental infantojuvenil deve considerar não apenas o indivíduo, mas também os vínculos familiares, escolares e comunitários, promovendo intervenções que integrem todos esses níveis de influência (Bronfenbrenner, 1979).

A inclusão da família no processo terapêutico implica o reconhecimento de suas demandas, fragilidades e potencialidades (Santos *et al.*, 2023; Taño; Matsukura, 2021; Sampaio; Bispo Júnior, 2021). Conforme evidenciado em pesquisas realizadas em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o cuidado não pode ser centrado exclusivamente no indivíduo; a família deve ser compreendida como um ator ativo, que participa das decisões, colabora no acompanhamento e contribui para a efetividade do plano terapêutico (Sousa *et al.*, 2023; Nunes *et al.*, 2019; Alves *et al.*, 2015; Bielemann *et al.*, 2009).

Além disso, a integração da família contribui para a prevenção de recaídas e crises e a promoção da continuidade do cuidado. Quando a família compreende os objetivos terapêuticos e se envolve nas práticas diárias de cuidado, o risco de ruptura no tratamento diminui e a capacidade de enfrentamento de crises se fortalece (Nunes *et al.*, 2019). Essa atuação conjunta reforça a centralidade da rede social do usuário, evidenciando que a saúde mental é construída de maneira coletiva, em que vínculos afetivos e sociais desempenham papel terapêutico e protetivo.

Assim, a literatura aponta que os profissionais devem estar preparados para mediar conflitos, oferecer orientação qualificada e articular estratégias intersetoriais que ampliem o suporte familiar, considerando contextos de vulnerabilidade social, pobreza ou violência (Callou; Callou, 2020; Nunes *et al.*, 2019).

A consolidação do papel da família no modelo de Atenção Psicossocial depende, portanto, da formação contínua de profissionais, do fortalecimento da rede de

serviços e da valorização da escuta e do protagonismo familiar (Shimoguiri; Serralvo, 2017).

No que tange a saúde mental infantojuvenil a família constitui a principal rede de socialização primária da criança e do adolescente, sendo determinante para o desenvolvimento biopsicossocial e para a formação da subjetividade (Leitão *et al.*, 2025; Fernandes *et al.*, 2022).

No campo da saúde mental infantojuvenil, a presença e o engajamento da família são considerados fatores de proteção fundamentais, capazes de reduzir vulnerabilidades, promover resiliência e favorecer trajetórias de vida mais saudáveis (Nunes *et al.*, 2019; Matsukura; Fernandes; Cid, 2012; Minuchin, 2008; Bronfenbrenner, 1979).

O reconhecimento da família como parte integrante e ativa do cuidado em saúde mental infantojuvenil amplia a dimensão do cuidado, fortalece vínculos e contribui para a construção de práticas mais humanas, inclusivas e resolutivas, alinhadas aos princípios da Atenção Psicossocial (Amarante; Silva; Resende, 2025; Leitão *et al.*, 2025; Nunes *et al.*, 2019).

Portanto, a família ocupa um lugar estratégico na promoção, prevenção e cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes, sendo reconhecida como corresponsável nos processos de atenção em saúde (Faria; Rodrigues, 2020; Brasil, 2014). Mais do que espaço de socialização primária, a família representa uma rede de suporte que influencia diretamente a adesão ao tratamento, a recuperação e a reinserção social das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico (Nunes *et al.*, 2019; Vieira; Pinto, 2018).

Nesse sentido, políticas públicas brasileiras, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), consolidam a centralidade da família como eixo estruturante do cuidado.

Com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), a participação da família foi incorporada como princípio fundamental do modelo de atenção psicossocial. Nos CAPSi, práticas como reuniões de família, grupos de apoio, visitas domiciliares e participação nos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) demonstram o esforço em incluir os cuidadores como atores ativos do processo terapêutico (Bustamante; Onocko-Campos, 2019; Brasil, 2014). Estas abordagens buscam não apenas o acompanhamento clínico da criança ou adolescente, mas também

o fortalecimento dos vínculos familiares, a redução da sobrecarga e a promoção da corresponsabilidade no cuidado (Amarante; Silva; Resende 2025).

No âmbito da Atenção Básica, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) têm papel fundamental na aproximação com a realidade cotidiana das famílias. Por meio de ações de prevenção, orientação e encaminhamento, esses profissionais contribuem para a identificação precoce de sinais de sofrimento psíquico, articulando-se com os demais pontos da RAPS (Brandão; Andrade, 2025; Fernandes *et al.*, 2022). Nesse cenário, a família deixa de ser vista apenas como “informante” sobre a criança e passa a ser entendida como sujeito de cuidado, que também demanda suporte emocional, educativo e social (Fernandes *et al.*, 2022; Santos, 2021).

Outro ponto central refere-se à articulação intersetorial. A presença da família é valorizada não apenas nos serviços de saúde, mas também em políticas da assistência social (Centro de Referência de Assistência Social e Centro de Referência Especializado em Assistência Social), da educação (projetos de mediação escolar e acompanhamento psicopedagógico) e do sistema de justiça (Varas da Infância e Conselhos Tutelares) (Brasil, 2014; Nunes; Kantorski; Coimbra, 2016).

Essa integração reconhece que o cuidado em saúde mental infantojuvenil não se sustenta apenas em atendimentos clínicos, mas na construção de uma rede de proteção social capaz de reduzir vulnerabilidades e ampliar oportunidades de desenvolvimento saudável (Lima; Pereira, 2023; Fernandes *et al.*, 2022).

Contudo, desafios persistem: muitas famílias enfrentam sobrecarga emocional, estigma, dificuldade de acesso a serviços e carência de informação sobre saúde mental (Santos *et al.*, 2023; Taño *et al.*, 2021; Sampaio; Bispo Júnior, 2021). Tais barreiras reforçam a necessidade de políticas públicas consistentes, que ampliem o suporte às famílias por meio de capacitação profissional, oferta de grupos de apoio, políticas de renda e fortalecimento da rede comunitária (Braga; D'oliveira, 2019; Brasil, 2018; Brasil, 2014).

O reconhecimento da família como parceira no cuidado exige não apenas diretrizes normativas, mas também práticas concretas que valorizem sua participação ativa (Braga; D'oliveira, 2019; Ferreira *et al.* 2019; Brasil, 2018). Assim, o papel da família na saúde mental infantojuvenil deve ser entendido como elemento indissociável da Atenção Psicossocial. Para que crianças e adolescentes tenham garantido seu direito a um cuidado integral, é imperativo investir em estratégias que aproximem e

empoderem as famílias, fortalecendo-as como protagonistas na produção de saúde, cidadania e qualidade de vida.

“Quando eu for um Terapeuta Ocupacional: vou me engajar na luta antimanicomial, vou apoiar pelo fazer e pelo diálogo a construção coletiva, vou lutar pela inclusão e abolir ao máximo, mesmo que movido pela ilusão, o sentimento de estrangeiro no próprio território”.

Mário Batisti

3. CAPÍTULO 3

TERAPIA OCUPACIONAL E O COTIDIANO

3.1 O conceito de cotidiano na prática da Terapia Ocupacional brasileira

O cotidiano pode ser entendido como espaço de construção da identidade, sendo composto por ocupações que conferem sentido à vida e favorecem o bem-estar e a autonomia (Galheigo, 2020). Na Terapia Ocupacional, o cotidiano é visto como o centro real da práxis, articulando dialeticamente repetição e transformação na relação entre sujeito, cotidiano, história e sociedade (Galheigo, 2003).

Este conceito enraizado em perspectivas críticas e inspirado em autores como Agnes Heller e Henri Lefebvre, se consolidou como um eixo fundamental na Terapia Ocupacional brasileira desde a década de 1990 (Galheigo, 2020). Destaca-se a importância de compreender o cotidiano como categoria analítica que revela as contradições sociais e as condições concretas de existência, possibilitando a ressignificação de práticas profissionais e pesquisas mais emancipatórias e alinhadas com a realidade social (Galheigo, 2020).

Conforme Faria (2021), Agnes Heller, filósofa húngara influenciada por Lukács, desenvolveu a teoria do cotidiano a partir de sua vivência sob o Holocausto e o socialismo soviético, abordando a relação entre ética e vida social. Ela destaca que a vida cotidiana é onde o indivíduo se constitui como sujeito coletivo, aprendendo no grupo social as regras e práticas que moldam seu cotidiano. Para Heller, o acesso a arte e a ciência permitem escapar dessas rotinas, mas é preciso cautela para que as objetivações (regras, normas e costumes) não levem à alienação, quando o sujeito aceita passivamente papéis impostos e vive apenas em função de rotinas normativas.

Em sua teoria, Heller articula conceitos fundamentais como heterogeneidade, hierarquia, repetição, imitação, espontaneidade e probabilidade para explicar a complexidade do cotidiano. Ela reconhece a singularidade das ações cotidianas e alerta

para a cristalização de preconceitos e ultrageneralizações, que limitam a inovação e podem levar à alienação. A vida cotidiana, assim, se apresenta como um espaço dinâmico de possibilidades e desafios, onde o sujeito, em constante relação com o coletivo e o contexto histórico, constrói seu cotidiano a partir de escolhas e práticas marcadas por valores e afetos (Faria, 2021).

Por sua vez, Henri Lefebvre, sociólogo e filósofo francês, entende o cotidiano como resultado das relações de produção e das dinâmicas de classe do capitalismo, utilizando o marxismo como ferramenta para analisá-lo. Para ele, a cotidianidade não é apenas um aspecto da vida, mas um conceito essencial para compreender as transformações da sociedade moderna, permitindo conectar dimensões culturais, sociais e políticas (Faria, 2021).

Lefebvre vê o cotidiano como um espaço onde o capitalismo reproduz suas relações de dominação, tanto no trabalho quanto no consumo e na produção do espaço. Ao destacar que a classe trabalhadora muitas vezes não percebe essa exploração, ele aponta a publicidade e o consumo como instrumentos fundamentais para sustentar o sistema. Além disso, propõe uma ruptura dessas repetições sociais e oferece uma visão tridimensional do espaço e do tempo (percebido, concebido e vivido) (Faria, 2021).

Ambos os autores, portanto, convergem na ideia de que o cotidiano não é um espaço neutro ou secundário, mas sim um terreno fundamental de disputa política, social e simbólica. Compreendê-lo criticamente é essencial para pensar caminhos de emancipação e resistência no interior da própria vida diária.

No cotidiano, o sujeito individual se transforma em sujeito coletivo por meio de atividades artísticas, laborativas, científicas, de cuidado e de participação social e política, moldando-se a partir de suas necessidades, valores, crenças, afetos e refletindo a intersecção entre realidade exterior e psíquica, relações sociais e práticas de autocuidado. Incorporando subjetividade, cultura, história e poder social, os estudos sobre o cotidiano rompem com visões positivistas e reconhecem a diversidade cultural e histórica, exigindo que pesquisadores e profissionais considerem as variações e perspectivas singulares de cada grupo social (Bardi; Malfitano, 2024; Bezerra; Lopes; Basso, 2022; Salles; Matsukura, 2013; Galheigo, 2003).

Nesse sentido, na Terapia Ocupacional, o cotidiano é conceitualizado como o ponto central da prática profissional, abrangendo toda a experiência do indivíduo e suas relações, marcado por padrões e hábitos, mas também por momentos de transformação. Essa prática busca aprimorar habilidades, promover a autonomia, a participação social e

a resignificação da vida do sujeito, partindo do entendimento de que ele é um sujeito histórico e social que constrói seu cotidiano em diálogo com a sociedade e o contexto cultural (Bardi; Malfitano, 2024; Bezerra; Lopes; Basso, 2022; Salles; Matsukura, 2013; Galheigo, 2003).

Assim, a perspectiva crítica da Terapia Ocupacional questiona relações de poder e estruturas sociais, buscando mudanças significativas e maior autonomia, utilizando o cotidiano como chave de leitura e intervenção para propor práticas culturalmente relevantes que fortaleçam a participação social e a autodeterminação (Bardi; Malfitano, 2024; Galheigo, 2023; Bezerra; Lopes; Basso, 2022).

3.2 Cotidiano, reabilitação psicossocial e saúde mental infantojuvenil

O cotidiano na prática da atenção psicossocial revela-se como espaço privilegiado para a construção da autonomia e a afirmação das singularidades do sujeito (Kammer; Moro; Rocha, 2020; Leão; Salles, 2018; Costa- Rosa, 2013). Nesse campo, cada experiência diária deixa de ser apenas repetição de rotinas e passa a configurar-se como oportunidade de fortalecimento da identidade e de exercício da liberdade.

A atenção psicossocial, ao reconhecer o sujeito em sua complexidade, valoriza não apenas o cuidado em saúde mental, mas também a potência de cada indivíduo em conduzir sua própria vida, tornando-se protagonista de sua história (Kammer; Moro; Rocha, 2020; Leão; Salles, 2018; Costa- Rosa, 2013).

No território, a reabilitação psicossocial, articulada ao cotidiano, promove inclusão social por meio do acesso a condições materiais dignas, ao trabalho, a atividades significativas e à participação em redes de suporte social. Assim, o cuidado se concretiza como exercício de cidadania, favorecendo que cada sujeito faça escolhas e decida seus próprios caminhos, reafirmando-se como agente ativo na construção de sua existência (Leão; Salles, 2018). O cotidiano, configura-se como dispositivo central para a promoção da autonomia e para a afirmação das singularidades do sujeito (Leão; Salles, 2018)

Nesse cenário, o paradigma psicossocial propõe a superação de práticas medicalizantes e excludentes, ao situar o sujeito em seu território e em suas condições concretas de existência (Leitão *et al.*, 2025; Táparo, Constantidinis e Cid, 2024; Fernandes, *et al.* 2022; Fernandes *et al.* 2020). A reabilitação psicossocial, conforme defendida por Saraceno (2001), não se limita à dimensão clínica, mas inclui o acesso a

direitos, ao trabalho, à moradia, às redes de suporte e às atividades significativas que possibilitam o exercício da cidadania.

A Terapia Ocupacional, inserida nesse contexto, reconhece que o adoecimento mental implica rupturas na vida cotidiana do sujeito e de seu entorno, demandando processos de resignificação que favoreçam a reconstrução da subjetividade (Bezerra, Lopes e Basso, 2022; Leão e Salles, 2018; Galheigo, 2003).

Na infância e na adolescência, o cotidiano assume centralidade na atenção psicossocial, uma vez que a vivência do transtorno mental provoca rupturas significativas em atividades de vida diária, no desempenho escolar, nas interações sociais, no lazer e nas relações familiares (Táparo, Constantinidis e Cid, 2024; Cid *et al.*, 2017; Fernandes e Matsukura, 2018; Taño e Matsukura, 2015; Bueno *et al.*, 2021).

Na perspectiva da Terapia Ocupacional, compreender o cotidiano como eixo estruturante da prática permite reconhecer o território e seu uso como dimensões centrais do cuidado, orientando intervenções que dialoguem com os diferentes cenários da vida da criança e do adolescente. Esse enfoque promove estratégias que consideram não apenas os aspectos clínicos, mas também os condicionantes sociais, econômicos e culturais, fortalecendo a integralidade do cuidado e reconhecendo a rede de relações que sustenta o desenvolvimento e o bem-estar psicossocial (Constantinidis *et al.*, 2025; Galheigo, 2020).

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), como renda familiar, escolaridade, condições habitacionais e acesso a serviços, influenciam diretamente o cotidiano de crianças e adolescentes, modulando oportunidades de participação, aprendizado, lazer e cuidado (WHO, 2023).

Na perspectiva da Terapia Ocupacional, essa visão sistêmica reforça a necessidade de intervenções que considerem o contexto social, econômico e cultural do indivíduo, promovendo estratégias de cuidado integradas, que fortaleçam a autonomia, a participação social e o bem-estar psicossocial, utilizando o cotidiano como fio condutor da clínica e da intervenção (Táparo; Constantinidis; Cid, 2024; Bezerra; Lopes; Basso, 2022; Bueno *et al.*, 2021). Essa concepção teórico-prática possibilita a transformação do “fazer” diário em recurso terapêutico e emancipatório, favorecendo processos de resignificação e a construção de novos modos de existir (Leão; Salles, 2018).

Portanto, o cotidiano infantojuvenil constitui eixo central para a reabilitação psicossocial, pois permite articular práticas clínicas, contextos sociais e experiências significativas que promovem autonomia, vínculos e cidadania. Assim, a atenção à saúde

mental infantil e adolescente deve considerar não apenas os sintomas, mas também os territórios, as relações e a singularidade de cada sujeito, consolidando um cuidado integral, interdisciplinar e centrado na promoção da participação social (Leitão *et al.*, 2025; Bezerra; Lopes; Basso, 2022; Taño *et al.*, 2021; Tavares, 2020; Galheigo, 2020; Leão; Salles, 2018; Fernandes; Matsukura, 2018; Kantorski *et al.*, 2017; Brasil, 2014).

3.3 Estudos de pesquisadores e terapeutas ocupacionais brasileiros que abordam o cotidiano e a saúde mental infanto juvenil

O cotidiano, em sua complexidade, pode ser abordado em diferentes populações e situações. Diversos pesquisadores brasileiros têm se dedicado a compreender como o cotidiano de crianças e adolescentes, em interação com seus contextos familiares e sociais, influencia a saúde mental e como a Terapia Ocupacional pode atuar nesse campo. Assim foi feita uma breve pesquisa na literatura, sem caráter metodológico de revisão, utilizando inclusive autores que foram mencionados anteriormente, que estão organizadas a seguir, no Quadro 1:

Quadro 1 – Estudos de pesquisadores e terapeutas ocupacionais brasileiros

Estudo	Principais achados
CID (Cotidiano familiar, 2015)	Rotinas familiares organizadas (regras/responsabilidades) são fator protetor para saúde mental infantil
Cid; Santos; Squassoni (Cotidiano e práticas parentais, 2016)	Práticas educativas variam; afeto e rotina influenciam comportamento infantil
Rodrigues; Mieto (Brincar nos CAPSi, 2023)	TO sustenta o brincar como núcleo, apesar de barreiras institucionais
Pereira <i>et al.</i> (Desempenho ocupacional CAPSi, 2014)	Desempenho ocupacional afetado mais por fatores pessoais/ambientais do que pelo diagnóstico
Bueno <i>et al.</i> (Práticas TO em Belo Horizonte, 2021)	TO atua em CAPSi, Equipes Complementares; tensões sobre identidade profissional
Santos (Comunidade de práticas em TO, 2021)	Comunidade de práticas fortalece identidade e aprendizagem colaborativa
Olivares-Araya <i>et al.</i> (Bibliometria TO/SM infantojuvenil, 2023)	Predomínio de estudos descritivos; TEA e TDAH mais frequentes; uso de MOH e Integração Sensorial
Taño; Matsukura (Reflexões históricas SM infantojuvenil, 2017)	Faltam serviços, desigualdades regionais; cotidiano exige olhar intersetorial
Lourenço <i>et al.</i> (Gestores da Atenção Básica, 2020)	Reconhecem importância da SM infantojuvenil; apontam falta de recursos, capacitação e articulação com serviços especializados
Taño; Leão;Constantinidis (Perfil das pesquisadoras em TO/SM, 2024)	Predominância feminina, centralização geográfica no Sudeste, forte produção científica; necessidade

	de ampliar formação em outras regiões
Matsukura; Salles (orgs.). <i>Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação</i> (2018)	Consolida conceitos de rotina, ocupação e suas implicações para saúde mental infantojuvenil
Fernandes; Taño; Cid; Matsukura (orgs.). <i>Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial</i> (2021)	Discute políticas públicas, práticas profissionais e integração de serviços; reforça articulação com redes de cuidado

Fonte: Elaboração Própria.

Cid (2015), ao investigar o cotidiano familiar de crianças em idade escolar, demonstrou que rotinas bem estruturadas, com regras e responsabilidades, podem atuar como fator protetivo para a saúde mental infantil. Em contrapartida, conflitos familiares e baixo desempenho escolar se mostraram associados a maiores dificuldades emocionais e comportamentais. Complementando essa perspectiva, Cid, Santos e Squassoni (2016) analisaram as práticas educativas parentais em famílias com crianças em sofrimento psíquico, observando que o afeto, a adaptação das rotinas e a participação conjunta em atividades do dia a dia são elementos que modulam o comportamento e o bem-estar das crianças.

O brincar, elemento central do cotidiano infantil, foi explorado por Rodrigues e Mieto (2023), que construíram um modelo teórico a partir da experiência de terapeutas ocupacionais em CAPSi. Os autores identificaram que os profissionais reconhecem o brincar como núcleo essencial da intervenção em saúde mental infantojuvenil, mas enfrentam obstáculos institucionais e estruturais que dificultam sua plena utilização.

Pereira *et al.* (2014), ao analisar o desempenho ocupacional de adolescentes em um CAPSi, identificaram que as maiores dificuldades se concentram em áreas como autocuidado, lazer e produtividade, sendo mais influenciadas por fatores pessoais e ambientais do que pelo diagnóstico em si.

No campo das práticas profissionais, Bueno *et al.* (2021) descreveram a atuação de terapeutas ocupacionais na rede de saúde mental de Belo Horizonte, apontando diferentes perspectivas de abordagem (desenvolvimentista, psicoterápica e de reabilitação psicossocial), e destacaram tensões quanto à identidade profissional nos CAPSi. Santos (2021), por sua vez, apresentou a experiência de uma Comunidade de Práticas em Terapia Ocupacional em Sergipe, ressaltando o potencial desses espaços colaborativos para fortalecer a identidade profissional e promover educação permanente.

Além das práticas, a gestão do cuidado também influencia o cotidiano de crianças e adolescentes. Lourenço *et al.* (2020) analisaram a percepção de gestores da

Atenção Básica em municípios sem CAPSi e observaram que, apesar de reconhecerem a importância da saúde mental infantojuvenil, há limitações significativas em recursos, capacitação e articulação com serviços especializados. Essa lacuna evidencia que o cotidiano de crianças em sofrimento psíquico depende não apenas da atuação familiar e dos profissionais, mas também da estruturação de políticas e redes de cuidado integradas.

A produção científica sobre TO e saúde mental infantojuvenil também reflete o contexto do cotidiano e das práticas profissionais. Olivares-Araya *et al.* (2023) realizaram uma análise bibliométrica mostrando predomínio de estudos descritivos, com foco em diagnósticos como TEA e TDAH e o uso frequente de referenciais teóricos como o Modelo da Ocupação Humana e a Integração Sensorial. Complementarmente, Taño *et al.* (2024) caracterizaram o perfil das pesquisadoras brasileiras na área de saúde mental, identificando concentração geográfica no Sudeste, predominância feminina e forte produção acadêmica. Esses achados indicam que, embora haja crescimento e compromisso com a área, ainda existem desigualdades regionais e necessidade de ampliação da formação em saúde mental infantojuvenil.

Além dos artigos científicos, os livros Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação (organizadoras, Matsukura e Salles, 2018) e Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial (organizadoras, Fernandes *et al.*, 2021) contribuem significativamente para a compreensão do tema. O primeiro consolida conceitos de cotidiano, ocupação e suas implicações para a saúde mental, com capítulos dedicados a saúde mental infantojuvenil, fornecendo uma base teórica sólida para intervenção em atividades cotidianas. O segundo conecta a intervenção ocupacional à atenção psicossocial, enfatizando a articulação com redes de cuidado e políticas públicas, reforçando a importância do contexto social e institucional no cotidiano das crianças e adolescentes.

De forma geral, esses estudos evidenciam a relevância do cotidiano como espaço privilegiado de intervenção em saúde mental infantojuvenil. Seja por meio das rotinas familiares, das práticas parentais, do brincar, do desempenho ocupacional, da gestão ou da produção científica, observa-se que a Terapia Ocupacional contribui para reorganizar e potencializar experiências cotidianas, promovendo saúde, autonomia e inclusão social. Além disso, fica evidente a importância da família, das redes intersetoriais e da capacitação profissional para garantir um cuidado integral e efetivo.

O cotidiano é um espaço de produção de sentido e construção de subjetividades, sendo um eixo central para a atuação do terapeuta ocupacional, que busca promover autonomia, reconhecimento e pertencimento social (Lopes, 2022; Malfitano, 2016). Esse panorama ressalta a necessidade de práticas sensíveis, críticas e integradas, que respeitem a diversidade e fortaleçam a capacidade dos sujeitos de (re)construírem suas trajetórias cotidianas, mesmo em meio às adversidades.

3.4 Terapia Ocupacional e o cotidiano: quais são as possibilidades de atuação em famílias que lidam com crianças e adolescentes que possuem o Transtorno Opositor Desafiador?

Este subitem busca discutir as possibilidades de atuação da Terapia Ocupacional no cotidiano de famílias que convivem com o Transtorno Opositor Desafiador (TOD).

Como mencionado anteriormente, o TOD é um transtorno de natureza comportamental e emocional caracterizado por padrões persistentes de negativismo, desobediência, hostilidade e desafio a figuras de autoridade, afetando significativamente a rotina familiar, escolar e social da criança ou adolescente. Estudos apontam que as implicações do TOD vão além dos sintomas clínicos, impactando diretamente a dinâmica familiar, a estabilidade das rotinas, a saúde emocional dos cuidadores e a participação social da criança (Mars; Aggarwal; Marwaha, 2024; Baião; Herênio, Carvalho, 2022).

Nesse cenário, a Terapia Ocupacional se apresenta como uma profissão estratégica ao possibilitar o resgate do cotidiano enquanto um espaço terapêutico e de reorganização. O terapeuta ocupacional atua no suporte à autorregulação emocional, no desenvolvimento de habilidades sociais, na reestruturação de rotinas familiares e no fortalecimento das interações entre pais e filhos, contribuindo significativamente para a qualidade de vida das famílias envolvidas (Tapáro; Constantinidis; Cid, 2024; Vida; Silva, 2022; Minatel; Andrade, 2020; Baissi; Maxta, 2013; Galheigo, 2003).

Uma das formas de atuação da Terapia Ocupacional com foco no cotidiano familiar é a que utiliza a prática centrada na família, que respeita seus valores, crenças e limites, promovendo estratégias acessíveis e práticas, como o uso de recursos visuais para organização da rotina e técnicas de reforço positivo para o manejo comportamental (Instituto Carrer, 2024; Minatel; Andrade, 2020).

Além disso, o terapeuta pode conduzir sessões práticas com pais e filhos, promovendo o aprendizado de habilidades para a resolução de problemas e estratégias

de enfrentamento diante dos desafios diários (Instituto Carrer, 2024; Bueno *et al.*, 2021).

As possibilidades de intervenção incluem orientação parental, apoio escolar, mediação de interações familiares e incentivo à participação da criança em ocupações significativas, visando não apenas reduzir os impactos funcionais do TOD, mas também promover o bem-estar e a autonomia no ambiente familiar (Táparo; Constantidinis ; Cid, 2024; Fernandes *et al.*, 2019).

Muitas crianças e adolescentes com Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD) são frequentemente referenciados para os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis (CAPSi), devido à intensidade dos comportamentos externalizantes que desafiam os limites sociais e institucionais (Brasil, 2014).

Diante dos desafios diários enfrentados pelas famílias de crianças com TOD, a Terapia Ocupacional pode contribuir com estratégias que favoreçam a organização da rotina, a ampliação do repertório ocupacional e o fortalecimento dos vínculos familiares. A revisão de escopo proposta por Lage *et al.* (2024) sobre práticas colaborativas entre terapeutas ocupacionais e pais destaca que intervenções mais eficazes ocorrem quando há comunicação aberta, definição conjunta de metas e participação ativa da família em todas as etapas do processo terapêutico.

Esses elementos reforçam modelos de cuidado centrado na família, que, ao reconhecer as particularidades do cotidiano e as necessidades parentais, potencializam a autonomia, a participação e a qualidade de vida das crianças e de seus cuidadores (Galheigo, 2020; Minatel, 2013).

Assim, esta pesquisa parte da premissa de que a Terapia Ocupacional pode contribuir de maneira relevante para o enfrentamento dos desafios cotidianos vivenciados por famílias de crianças com TOD. Os resultados da revisão indicam que práticas colaborativas fortalecem o engajamento parental, ampliam a eficácia das intervenções e apoiam a construção conjunta de estratégias para lidar com comportamentos desafiadores no cotidiano. Ao valorizar o fazer diário e a participação ativa, a Terapia Ocupacional oferece uma abordagem sensível, interprofissional e transformadora, capaz de potencializar os recursos familiares e favorecer a construção de um cotidiano mais funcional e saudável para todos os envolvidos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

- Elaborar um programa de orientação parental em Terapia Ocupacional a partir da percepção dos familiares de crianças e adolescentes que possuem o diagnóstico de Transtorno Opositor Desafiador sobre o impacto dos comportamentos na saúde mental do cuidador principal e cotidiano, apoiado em dados da literatura.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Realizar uma revisão da literatura a fim de identificar programas e ou estratégias de orientação parental nos casos de TOD desenvolvidos e publicados;
2. Caracterizar o perfil sociodemográfico dos familiares cuidadores das crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno Opositor Desafiador atendidos no CAPSi do município de Uberaba – MG, selecionados para este estudo;
3. Verificar, por meio de avaliações quantitativas e qualitativas, a percepção de familiares cuidadores sobre a repercussão dos sintomas do Transtorno Opositor Desafiador em sua criança ou adolescente;
4. Identificar e descrever saúde mental autopercebida e o senso de competência parental dos familiares cuidadores de crianças e adolescentes com Transtorno Opositor Desafiador, por meio de entrevista semiestruturada e instrumentos padronizados;
5. Analisar como os comportamentos das crianças e adolescentes com TOD afetam o cotidiano familiar com base nas percepções dos familiares cuidadores.
6. Elaborar a estrutura do programa de orientação parental em Terapia Ocupacional.

DELINEAMENTO E CONDUÇÃO DA PESQUISA

Tipo de estudo e abordagem:

Diante dos objetivos propostos, a pesquisa caracteriza-se como de natureza mista, integrando tanto aspectos qualitativos quanto quantitativos (Creswell; Plano, Clark, 2018).

Além disso, esta pesquisa incluiu uma pesquisa bibliográfica, essencial para fundamentar a construção de um programa de orientação parental em Terapia Ocupacional, a partir de dados já existentes na literatura científica (Lakatos; Marconi, 2017).

Essa abordagem mista permite não apenas quantificar e descrever características da população estudada, mas também explorar em profundidade as vivências subjetivas dos cuidadores, fornecendo subsídios sólidos e contextualizados para a elaboração de um programa de intervenção condizente com as necessidades identificadas.

Nesta pesquisa, aplicaram-se diversos métodos e técnicas com o propósito de compreender a complexidade do objeto estudado.

Para o estudo 1 que versou sobre a identificação de programas e ou estratégias de orientação parental nos casos de TOD, realizou-se uma revisão sistematizada da literatura que possibilitou identificar a existência de alguns programas de orientação parental, mas que não são adaptados à realidade brasileira, tampouco específicos de Terapia Ocupacional.

No estudo 2, que abordou o cotidiano e a saúde mental dos cuidadores de crianças e adolescentes com TOD, realizou-se uma avaliação da percepção dos cuidadores sobre a repercussão dos sintomas do Transtorno Opositor Desafiador em sua criança ou adolescente, principalmente relacionadas as demandas cotidianas, bem como caracterização o perfil sociodemográfico, dos participantes desta pesquisa, através de uma abordagem quanti-qualitativa.

Por fim o Estudo 3, consistiu na elaboração do Programa de Orientação Parental em Terapia Ocupacional para cuidadores de crianças e adolescentes com TOD, no qual realizou-se um estudo de natureza baseado nos resultados da revisão de literatura (estudo 1) e nos dados advindos do estudo 2.

A seguir serão apresentados o percurso metodológico de cada um dos três estudos que compõem esta pesquisa, bem como os resultados e discussão.

ESTUDO 1 – INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS E SUPORTES PROFISSIONAIS PARA CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO OPOSITOR DESAFIADOR: UM ESTUDO DE REVISÃO DA LITERATURA.

1. Método:

Este estudo consistiu em uma revisão sistemática da literatura. A revisão sistemática tem como finalidade reunir e analisar criticamente as evidências disponíveis sobre uma pergunta de pesquisa específica (Sarmiento; Saavedra; Rosado, 2024).

O processo de condução de uma revisão sistemática compreende diversas etapas metodológicas interdependentes. Inicialmente, procede-se à formulação de uma questão de pesquisa clara, específica e concisa. Em seguida, elabora-se e registra-se o protocolo da revisão, assegurando transparência e reprodutibilidade do processo (Sarmiento; Saavedra; Rosado, 2024).

O terceiro passo consiste na realização de uma busca abrangente, destinada a identificar todos os estudos publicados e não publicados que atendam aos critérios de elegibilidade previamente definidos. Posteriormente, aplicam-se rigorosamente esses critérios para a seleção dos estudos relevantes (Sarmiento; Saavedra; Rosado, 2024).

No quinto passo, realiza-se a extração sistemática dos dados conforme os desfechos (outcomes) estabelecidos no protocolo. Na sequência, é conduzida a avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos incluídos. O sétimo passo contempla a elaboração de uma síntese crítica dos achados (Sarmiento; Saavedra; Rosado, 2024).

Subsequentemente, apresenta-se uma conclusão fundamentada, imparcial e objetiva. Por fim, a etapa de disseminação dos resultados encerra o processo, abrangendo desde a formulação da questão de pesquisa até a comunicação transparente e estruturada dos resultados obtidos (Sarmiento; Saavedra; Rosado, 2024).

A elaboração da questão de pesquisa baseou-se no modelo PICO, que considera os componentes: População, Intervenção, Comparação e Desfecho (Quadro 2).

Quadro 2 – PICO

População	Familiares de crianças e adolescentes com TOD
Intervenção	Orientação e/ou suporte a familiares
Comparação	Sem comparação
Desfecho	Cuidado dos familiares e das crianças/adolescentes

Fonte: Elaboração própria.

Logo a questão de pesquisa foi: *Quais intervenções ou suporte profissional são ofertados para familiares de crianças e adolescentes com TOD com base na revisão da literatura divulgada nos últimos três anos?*

Optou-se por realizar uma revisão de literatura nos últimos 3 anos a fim de assegurar a incorporação de evidências atualizadas e relevantes, refletindo o estado mais recente do conhecimento científico sobre o tema. Esse recorte temporal permite identificar tendências emergentes, lacunas atuais na literatura e avanços metodológicos, além de evitar a inclusão de informações defasadas. Ao mesmo tempo, torna o processo de revisão mais viável e preciso, ao concentrar a análise em produções recentes sem comprometer a representatividade dos resultados (Higgins *et al.*, 2022; Page *et al.*, 2021).

Nesta revisão, o Passo 2 foi executado apenas na base de registro da pesquisadora a partir da construção de um quadro sinóptico. Não foram utilizadas bases de registros prospectivos com protocolos específicos.

2. Coleta de dados:

Para realização dos passos 3, 4 e 5 que versam sobre a coleta de dados, os termos de busca foram pesquisados nos idiomas português e inglês. Assim, para a recuperação dos artigos foram empregados os seguintes termos de busca acompanhados do operador booleano “and”: 1. Transtorno Opositor Desafiador, incluindo as variações e os termos Transtorno Desafiador Opositor, Transtorno Opositor Desafiante, Transtorno Desafiador de Oposição e TOD; 2. Família, incluindo as variações e os termos suporte para familiares, suporte para pais, suporte para mães, orientação parental, orientação para famílias, orientação para familiares, orientação para pais e orientação para mães; e 3. Terapia Ocupacional.

As buscas contemplaram a junção das três categorias de termos na língua portuguesa e inglesa, bem como a junção apenas das categorias 1 e 2. O termo Transtorno Opositor Desafiador e seus derivados possuem apenas uma tradução possível para o inglês Oppositional Defiant Disorder. As categorias 1 e 3 não foram combinadas por não abordarem juntas a pergunta norteadora

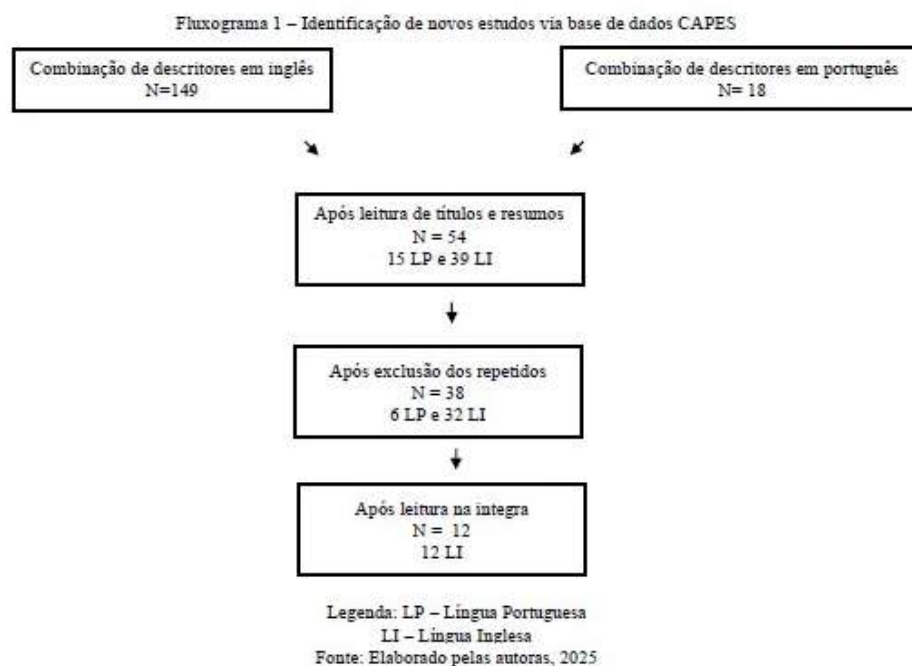
Os critérios de inclusão consistiram em estudos de intervenção publicados em periódicos nacionais e internacionais que abordassem crianças e adolescentes com diagnóstico de TOD e suporte familiar ofertado pelos profissionais e serviços de saúde, no

período entre janeiro de 2022 a dezembro de 2024. A pré-seleção dos artigos foi realizada no mês de janeiro e fevereiro de 2025 através da leitura de títulos e resumos.

Os critérios de exclusão versaram em artigos que trouxeram outros transtornos do comportamento ou do neurodesenvolvimento, como Transtorno de Conduta, Transtorno do Espectro Autista e Transtorno do Déficit de Atenção Hiperatividade, quando os mesmos não estavam associados ao TOD, artigos sobre TOD desenvolvido por meio de revisão de literatura e aqueles que apresentavam títulos iguais sendo, portanto, repetidos.

Na pré-seleção foram encontrados 167 artigos, dos quais 113 foram excluídos após leitura de títulos e resumos por terem como amostra outras condições diferentes do TOD ou não abordarem as intervenções ofertadas aos familiares. Sendo assim, o processo de amostragem dos dados resultou em 54 artigos incluídos, dos quais 16 apresentaram-se repetidos na base de dados (Fluxograma 1). Apenas um artigo foi encontrado adicionando a terceira categoria de descritores “Terapia Ocupacional”. Porém, o mesmo não preencheu os critérios de inclusão.

Os 38 artigos foram lidos na íntegra a fim de verificar sua inclusão no presente estudo. Neste processo mais 24 artigos foram excluídos por não abordarem especificamente o TOD, não abordarem familiares ou não se referirem a intervenção ou orientações fornecidas aos familiares e, dois deles, por se tratarem de estudos de revisão da literatura (Fluxograma 1).



3. Análise dos dados:

Para contemplar os passos 6 e 7, que visavam a análise dos dados, os 12 artigos selecionados foram relidos e submetidos a uma avaliação descritiva através de um quadro sinóptico que contemplou os seguintes itens: título, ano, revista, autores, idioma, descritores/palavras-chave, objetivos, metodologia, faixa etária, público-alvo e informações sobre as intervenções utilizadas com familiares/cuidadores.

A avaliação descritiva consistiu na leitura na íntegra dos artigos incluídos, seguida do fichamento, análise, comparação e avaliação do material conforme a contribuição dos mesmos para o objetivo deste estudo. Esta avaliação descritiva foi embasada no documento validado por Ursi (2005).

Para apresentação dos resultados (Passos 7 a 9), os dados foram divididos em duas etapas: 1) Caracterização da produção científica selecionada que trata do suporte e saúde mental de familiares de crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno Opositor Desafiador e 2) Descrição dos métodos de intervenção e/ou suporte profissional utilizados com familiares cuidadores de crianças e adolescentes com TOD.

Os estudos originais foram analisados à luz da bibliometria e de procedimentos de análise de conteúdo, proposto por Bardin (2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ESTUDO 1 – INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS E SUPORTES PROFISSIONAIS PARA FAMILIARES CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO OPOSITOR DESAFIADOR: UM ESTUDO DE REVISÃO DA LITERATURA

1. RESULTADOS:

Os resultados do estudo 1 serão apresentados em duas sessões: 1) Caracterização da produção científica sobre suporte e saúde mental de familiares de crianças e adolescentes com TOD; e 2) Descrição dos métodos de intervenção e suporte profissional voltados a esses cuidadores. No quadro 3 são apresentados os artigos encontrados nesta revisão de literatura:

Quadro 3 – Descrição dos artigos em autor, ano e título

ID	Autor (ano)	Título
A1	Acri <i>et al.</i> (2023)	An Examination of the 4 Rs 2 Ss for Problem Behaviors: A Preventive Approach.
A2	Treier <i>et al.</i> (2024)	Process Mechanisms in Behavioral Versus Nondirective Guided Self-help for Parents of Children with Externalizing Behavior.
A3	Smith <i>et al.</i> (2024)	Parent-Child Interaction Therapy with Separated Parents of a 3-Year-Old Child with Conduct Problems and Callous-Unemotional
A4	Paiva <i>et al.</i> (2024)	Parent training for disruptive behavior symptoms in attention deficit hyperactivity disorder: a randomized clinical trial
A5	Dedousis-Wallace <i>et al.</i> (2022)	Predictors and moderators two treatments of oppositional defiant disorder in children
A6	Bikic <i>et al.</i> (2022)	Protocol for a randomized controlled trial comparing the Circle of Security-parenting (COS-P) with treatment as usual in child mental health services
A7	Hautmann, <i>et al.</i> (2023)	Behavioural and nondirective parent training for children with externalising disorders: First steps towards personalised treatment recommendations
A8	Paiva <i>et al.</i> (2022)	Online parent training platform for complementary treatment of disruptive behavior disorders in attention deficit hyperactivity disorder: A randomized controlled trial protocol.
A9	Helander <i>et al.</i> (2022)	Parent management training combined with group-CBT compared to parent management training only for oppositional defiant disorder symptoms: 2-year follow-up of a randomized controlled trial.

A10	Van Doornik <i>et al.</i> (2024)	The short- and longer-term effects of brief behavioral parent training versus care as usual in children with behavioral difficulties: study protocol for a randomized controlled trial.
A11	Flujas-Contreras <i>et al.</i> (2022)	Parenting Intervention for Psychological Flexibility and Emotion Regulation: Clinical Protocol and an Evidence-Based Case Study.
A12	Fongaro <i>et al.</i> (2022)	Parent training for the treatment of irritability in children and adolescents: a multisite randomized controlled; 3-parallel-group; evaluator-blinded; superiority trial.

Fonte: Elaboração própria.

Dos 12 artigos encontrados observou-se que a maioria das publicações analisadas é de 2022 e todas foram escritas por equipes, não havendo autoria individual. Os periódicos sobre TOD e família são, em sua maioria, das áreas de psiquiatria e psicologia, mas também incluem educação, desenvolvimento e áreas multidisciplinares, indicando um enfoque interdisciplinar.

Predominam os estudos com metodologia de ensaios clínicos randomizados e casos clínicos, abrangendo crianças de 2 a 15 anos. Quanto aos objetivos, a maioria dos estudos (nove) investigam o impacto das intervenções nos familiares; dois abordam intervenções parentais e um analisa o comportamento do terapeuta durante a intervenção com os responsáveis.

1.1 Caracterização da produção científica sobre suporte e saúde mental de familiares de crianças e adolescentes com TOD

No quadro 4 são exibidas as informações sobre a caracterização das intervenções com os familiares no que diz respeito ao tipo de intervenção ou técnica, número e tempo das sessões.

Quadro 4 – Caracterização das intervenções com os familiares: tipo de intervenção ou técnica, número e tempo de sessão

ID	Autor (ano)	Intervenção/Técnica	Nº de Sessões ou semanas	Tempo da sessão
A1	Acri <i>et al.</i> (2023)	4 Rs 2 Ss Intervenção de grupo familiar múltiplo (MFG).	MFG de 16 semanas	7 módulos online 3h de treinamento presencial
A2	Treier <i>et al.</i> (2024)	Treinamento de autoajuda guiado para pais.	Dez consultas telefônicas quinzenais + Oito livretos de autoajuda enviados quinzenalmente	20 a 30 minutos.

A3	Smith <i>et al.</i> (2024)	Terapia de Interação Pai-Filho para Traços Insensíveis e Sem Emoção (PCIT-CU).	17 sessões duas sessões de ensino (CDI e PDI) e 14 sessões de coaching.	Artigo não indica tempo.
A4	Paiva <i>et al.</i> (2024)	Treinamento de gestão parental	Seis sessões presenciais e seis módulos analógicos online,	1h a 1h30min no formato presencial e 20 a 40min no formato online
A5	Dedousis-Wallace <i>et al.</i> (2022)	Treinamento de Gestão Parental (PMT) e Soluções Colaborativas e Proativas (CPS).	16 sessões	60 minutos
A6	Bikic <i>et al.</i> (2022)	Modelo Circle of Security (COS)	10 sessões COS-P manualizadas.	2 horas cada sessão
A7	Hautmann <i>et al.</i> (2023)	Treinamento comportamental e não diretivo dos pais	12 sessões (oito livretos parentais e 10 aconselhamento Chamadas) durante 5 meses	Artigo não indica tempo
A8	Paiva <i>et al.</i> (2022)	PMT adaptado para o online	Oito módulos durante 3 meses (máximo)	20 minutos cada
A9	Helander <i>et al.</i> (2022)	Treinamento de Gestão Parental (PMT) + Terapia Cognitivo Comportamental Coping Power Program (CPP)	11 sessões de grupo	2h30min cada
A10	Van Doornik <i>et al.</i> (2024)	Programa breve e personalizado de treinamento comportamental para pais com sessões de reforço opcionais em comparação com o cuidado usual (CAU).	Três sessões	Duas primeiras 120 minutos. Terceira 60 minutos.
A11	Flujas - Contreras <i>et al.</i> (2022)	Terapia de Aceitação e Compromisso.	Quatro sessões semanais	2 horas cada
A12	Fongaro <i>et al.</i> (2022)	Treinamento de Gestão Parental (PMT) + Treinamento de Resistência Não Violenta (NVR)	10 sessões on-line e 2 sessões de reforço on-line (PMT ou NVR)	Artigo não indica tempo

Fonte: Elaboração Própria

As intervenções variaram entre 3 e 17 sessões, realizadas presencialmente, online ou por chamadas telefônicas (A2 e A7). A duração das sessões foi de 20 minutos a 3 horas, com três artigos registrando sessões de duas horas e dois sem especificar o tempo.

Quanto às medidas de desfecho, foram usados 38 instrumentos diferentes para avaliar crianças e adolescentes, abordando desde sintomas de TOD e TDAH até aspectos como qualidade de vida, comportamento e personalidade. Para os pais/cuidadores, foram utilizados 41 instrumentos focando na saúde mental (depressão, estresse, ansiedade), práticas parentais e apoio social. Notou-se o uso de diversos instrumentos para medir sintomas semelhantes.

1.2 Caracterização das intervenções/técnicas utilizadas com os familiares de criança e adolescentes com TOD

Os estudos utilizaram diversas técnicas para auxiliar os familiares cuidadores a lidar com os comportamentos desafiadores de crianças e adolescentes com TOD. O Treinamento de Gestão Parental foi a técnica mais recorrente, aparecendo em quatro artigos, sozinho ou combinado com outras abordagens. Apenas um dos programas aplicados foi traduzido, adaptado e validado para o contexto brasileiro. A seguir, são descritas as intervenções utilizadas em cada estudo.

A1 – “4rs2ss” – Intervenção de Grupo Familiar Múltiplo

Programa gratuito da Universidade de Nova York para famílias de crianças de 7 a 11 anos com TOD ou Transtorno De Conduta. São 16 semanas de encontros semanais focando nos 4 rs (regras, relações, responsabilidade e comunicação respeitosa) e 2 ss (estresse e suporte social), aplicados por profissionais treinados (Acri *et al.*, 2023; Chacko *et al.* 2022). Os materiais ainda não estão disponíveis em português.

A2 – Treinamento de autoajuda guiado para pais

Pais receberam 8 livretos de autoajuda e 10 ligações quinzenais. Um grupo segue abordagem comportamental com técnicas de manejo infantil, o outro segue abordagem não diretiva, com foco em escuta ativa e resolução colaborativa de conflitos (Treier *et al.*, 2024).

A3 – Terapia de interação pai-filho para traços insensíveis e sem emoção (PCIT-CU)

Terapia comportamental com pais e filhos, ensinando habilidades pride com orientação em tempo real. A versão PCIT-CU adapta o modelo para crianças com baixa

empatia, usando estratégias de afeto, identificação emocional e sistema de recompensas. Não há profissionais certificados no Brasil (Smith; Jordan; Agazzi, 2024).

A4 – Treinamento de gestão parental (PMT)

Baseado em Kazdin, combina sessões presenciais e módulos online. Ensina reforços, punições, modelagem e resolução de conflitos por meio de vídeos, materiais de apoio e prática semanal, com conteúdos acessíveis e aplicáveis no dia a dia (Paiva *et al.*, 2024).

A5 – PMT e Soluções Colaborativas e Proativas (CPS)

O pmt usa o programa defiant children, com foco em reforço positivo e controle de comportamentos. O CPS promove resolução colaborativa de problemas com base em habilidades socioemocionais, através dos planos a, b e c. Ambos os métodos foram aplicados em 16 sessões semanais (CPP, 2025; Dedousis-Wallace *et al.*, 2022).

A6 – Modelo Circle Of Security Parenting (COS-P)

Programa grupal baseado na teoria do apego de Bowlby, com vídeos e linguagem acessível para fortalecer o vínculo entre cuidadores e crianças de 4 meses a 6 anos. Foca na autorreflexão, regulação emocional e interpretação positiva do comportamento infantil. Pode ser aplicado em versões de 8 ou 20 sessões (COS INTERNATIONAL, 2025; Bikic *et al.*, 2022).

A7 – Treinamento comportamental e não diretivo dos pais

Programas de autoajuda com apoio telefônico por 12 meses, com 8 livretos e 10 chamadas em 5 meses, mais 2 de reforço. A abordagem comportamental ensina estratégias estruturadas de manejo; a não diretiva enfatiza comunicação respeitosa e escuta ativa (Hautmann *et al.*, 2023).

A8 – PMT adaptado para o online

Versão online e acessível do PMT com 6 sessões longas, sem presença da criança. Inclui vídeos, materiais de apoio e avaliações. A versão presencial segue o mesmo conteúdo, com acompanhamento profissional (Paiva *et al.*, 2022).

A9 – KOMET e Coping Power Program (CPP)

O KOMET oferece 11 sessões de Terapia Cognitivo Comportamental para pais com foco na relação com os filhos. O CPP complementa com sessões para crianças, desenvolvendo autorregulação e controle da raiva. Ambos os programas apresentam bons resultados, mas não há adaptação brasileira validada (Helander *et al.*, 2022).

A10 – Programa breve e personalizado com sessões de reforço

Treinamento comportamental adaptado às necessidades familiares, com psicoeducação, planos individualizados e prática em casa. O grupo controle recebeu o cuidado usual da assistência holandesa, que inclui diversas formas de suporte (Van Doornik *et al.*, 2024).

A11 – Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

Intervenção em 4 sessões voltada à regulação emocional e flexibilidade psicológica dos pais, utilizando metáforas, *mindfulness* e valores. Envolve tarefas práticas com os filhos e promove ações alinhadas aos valores parentais (ACBS, 2025; Fluja-Contreras; García-Palacios; Gómez, 2022).

A12 – PMT + RESISTÊNCIA NÃO VIOLENTA (NVR)

Combina estratégias comportamentais do PMT com o modelo NVR, focado em firmeza não violenta, autocontrole e presença parental. Inclui 10 sessões online e 2 de reforço. O NVR propõe técnicas como “*sit-in*”, criação de redes de apoio e gestão de telas, além de sessões para compartilhar experiências (Fongaro Picot; Stringaris, 2022).

Observou-se que as 12 intervenções analisadas concentram-se majoritariamente na relação entre pais e filhos e são conduzidas principalmente por psicólogos e psiquiatras. Não foram encontradas ações específicas do terapeuta ocupacional. Os programas utilizam uma ampla variedade de técnicas e intervenções — como TCC, ACT, PMT, CPS, NVR, *mindfulness*, vídeos, livretos e apoio remoto — demonstrando diversidade e inovação nos métodos de apoio às famílias de crianças e adolescentes com TOD nos últimos anos.

2. DISCUSSÃO:

Os resultados trazem 12 tipos de intervenções distintas para melhoria da relação da criança e do adolescente com TOD no seu ambiente familiar e outros contextos. As intervenções, em sua maioria recaem na relação entre pais e filhos. Programas de intervenções, terapias e treinamentos são descritos com predomínio de condução realizada por psicólogos e psiquiatras. Não foram evidenciadas ações específicas de outros profissionais, particularmente do Terapeuta Ocupacional, como inicialmente esperado neste estudo.

Um conjunto expressivo e diversificado de abordagens e tecnologias (como a prática de *mindfulness*; Resistência Não Violenta; uso de metáforas e exercícios práticos para ajudar na regulação emocional; aconselhamento; medicação; apoio telefônico,

livretos, ligações entre outros) são empregados nas intervenções com familiares cuidadores e crianças/adolescentes com TOD, nos últimos três anos.

Em síntese, os resultados da Etapa 1 desta pesquisa apontam para tendências importantes na produção científica recente sobre o Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) e intervenções familiares. A concentração de publicações em 2022 sugere crescente interesse e resposta à demanda por estratégias eficazes diante do aumento de diagnósticos em contextos clínicos e escolares. A inexistência de autorias individuais nos artigos reforça o caráter interdisciplinar do tema, que exige integração entre diferentes saberes para lidar com a complexidade do transtorno (APA, 2013). Entretanto, neste estudo não foi possível identificar ações específicas dos diferentes profissionais que atuam nos 12 trabalhos selecionados.

A maioria dos estudos foram publicados em periódicos das áreas de psicologia e psiquiatria, mas há também contribuições vindas da educação e de áreas multidisciplinares, o que evidencia um olhar ampliado para o TOD e suas implicações nos diversos contextos de desenvolvimento da criança (Kazdin, 2017). Isso reforça a importância de modelos colaborativos, que articulem intervenções com famílias, escolas e comunidades (Murray *et al.*, 2023).

Quanto ao delineamento metodológico, os ensaios clínicos randomizados predominaram, demonstrando o esforço da comunidade científica em construir evidências robustas sobre a eficácia das intervenções (Kazdin, 2017). No entanto, estudos de caso e revisões também compõem o corpo de evidências, trazendo aprofundamento qualitativo e sínteses relevantes (Eyberg; Nelson; Boggs, 2008).

Embora estudos de revisão sobre o tema não tenham sido incluídos nesta revisão, achamos pertinentes demonstrá-los nesta discussão. Um deles, Arantes *et al.* (2024) abordou o tema do Transtorno de Conduta e Transtorno Opositor Desafiador focalizando as abordagens psicossociais e farmacológicas na intervenção e tratamento de comportamentos desafiadores. Os autores concluíram que a intervenção precoce é fundamental para minimizar os efeitos negativos do TOD e que intervenções baseadas em evidências, aliadas ao fortalecimento dos vínculos familiares e ao apoio psicossocial, são essenciais para garantir um impacto positivo na vida dos jovens.

Outro estudo, Costa *et al.* (2024) realizou uma revisão da literatura sobre as Estratégias de intervenção e tratamento para crianças e adolescentes com Transtorno Opositivo-Desafiador destacando a importância de futuras pesquisas continuarem a

explorar a eficácia de novas intervenções e a adaptação cultural das estratégias existentes para assegurar às crianças e adolescentes com TOD o suporte necessário para um desenvolvimento saudável e bem-sucedido.

A faixa etária variada (2 a 15 anos) destaca a necessidade de estratégias adaptadas ao ciclo do desenvolvimento infantil (APA, 2023). Observou-se uma ênfase significativa nas intervenções com familiares, revelando uma valorização crescente do papel dos cuidadores na modulação dos comportamentos das crianças e adolescentes com TOD (Barkley, 2013; Murray *et al.*, 2023). Dois estudos apresentaram protocolos estruturados de intervenção parental (Van Doornik *et al.*, 2002), enquanto outro investigou o comportamento do terapeuta, ampliando o olhar sobre a influência do profissional no processo terapêutico.

Em termos de abordagens utilizadas, o Parent Management Training (PMT) surge como técnica central em vários estudos e se mostrou eficaz em diferentes formatos – presencial, online ou híbrido – inclusive em populações vulneráveis (Paiva *et al.*, 2022; Fongaro Picot; Stringaris, 2022). Apesar de sua ampla utilização, nenhuma versão utilizada está validada oficialmente para o Brasil, o que limita a generalização dos resultados.

Além disso, há uma tendência crescente de integrar o PMT a outras abordagens, como o modelo de Soluções Colaborativas e Proativas (CPS), a Resistência Não Violenta (NVR) e a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), promovendo intervenções mais empáticas e centradas nas relações (Murray *et al.*, 2023; Fluja-Contreras *et al.*, 2022). Programas como o COS-P, o PCIT-CU e intervenções baseadas em ACT também reforçam a importância do vínculo afetivo e da regulação emocional parental (Bikic *et al.*, 2022; Smith *et al.*, 2024).

Paralelamente, foram identificadas propostas acessíveis e escaláveis, como intervenções autoaplicáveis e digitais, com uso de livretos, vídeos e suporte remoto (Treier *et al.*, 2024; Paiva *et al.*, 2022). Apesar de promissoras, tais estratégias exigem alta motivação e autonomia dos cuidadores.

Por fim, destaca-se a necessidade de validação cultural e metodológica dos programas utilizados, pois a ausência de versões adaptadas à realidade brasileira limita sua eficácia em contextos locais (Fongaro Picot; Stringaris, 2022; Bikic *et al.*, 2022). Modelos breves e personalizados, como o proposto por Van Doornik *et al.* (2002), mostraram-se eficazes e adaptáveis à saúde pública, representando uma via promissora.

A literatura revelou um campo em expansão, com intervenções cada vez mais diversificadas e integrativas no manejo da criança e do adolescente com TOD. No entanto, o cenário brasileiro ainda carece de programas culturalmente sensíveis e validados, reforçando a urgência de investimentos em adaptação, capacitação e políticas públicas que viabilizem o acesso amplo a essas estratégias. Somado a isto, destaca-se que embora o termo Terapia Ocupacional tenha sido aplicado encontrou-se de apenas um artigo relacionado, que não se enquadrou nos critérios de inclusão.

Diante deste primeiro resultado, reafirma-se o objetivo da presente pesquisa de doutorado: elaborar um programa e orientação parental em Terapia Ocupacional dirigido aos familiares cuidadores de crianças e adolescentes com TOD.

ESTUDO 2 – COTIDIANO E SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TOD: UM ESTUDO DE CAMPO

1. Método

O estudo adota um delineamento descritivo e exploratório, visando levantar dados relevantes a respeito o perfil sociodemográfico, a saúde mental autopercebida e o senso de competência parental de familiares cuidadores de crianças e adolescentes com Transtorno Opositor Desafiador atendidos no CAPSi de Uberaba – MG. Além disso, possibilita analisar suas percepções sobre os impactos do transtorno e suas repercussões no cotidiano familiar, favorecendo uma compreensão ampla e contextualizada do fenômeno sem buscar estabelecer relações de causa e efeito (Gil, 2008).

O delineamento descritivo-exploratório constitui uma abordagem metodológica que integra elementos da pesquisa exploratória, voltada à familiarização com temáticas ainda pouco investigadas; e da pesquisa descritiva, direcionada à caracterização sistemática de fenômenos. Tal integração possibilita uma análise mais abrangente e consistente, na medida em que, inicialmente, busca-se ampliar a compreensão e o conhecimento acerca do objeto de estudo, para, em seguida, proceder à descrição de suas propriedades, relações e especificidades (Augusto *et al.*, 2013).

2. Local:

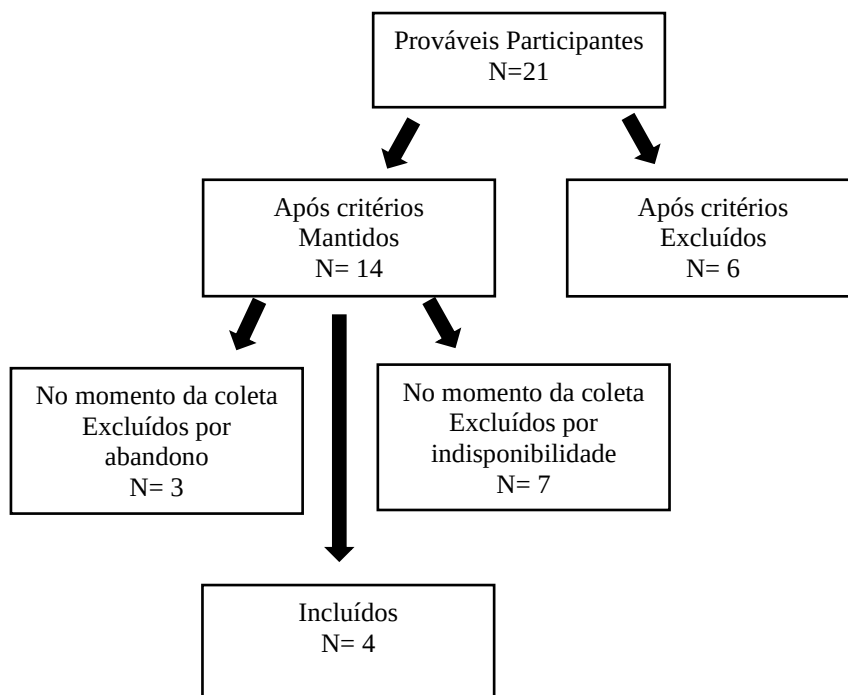
O estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSi do município de Uberaba – MG. O CAPSi deste município, nome fantasia Centro de Referência da Infância e Adolescência – CRIA, habilitado em 2002, destina-se ao atendimento de crianças e adolescentes com sofrimento psíquico grave, com média mensal de aproximadamente 250 crianças e adolescentes, resultando em cerca de 1.000 atendimentos por mês (Marçal; Trevisan, 2021).

3. Amostra:

A amostra inicial foi composta por uma lista de 21 crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno Opositor Desafiador (TOD), disponibilizada em julho de 2025. Destes, seis participantes não residiam com suas famílias no momento do estudo, por estarem institucionalizados em unidades de cumprimento de medidas socioeducativas ou acolhidos em Casas de Acolhimento Institucional. A indisponibilidade dos demais participantes decorreu de fatores contextuais do serviço, incluindo a saída de uma das terapeutas ocupacionais e a reorganização da equipe de profissionais de contratados para concursados, além das minhas próprias demandas enquanto terapeuta ocupacional do serviço. Dos 14 participantes restantes, três abandonaram o tratamento durante o período de coleta de dados e, em outros sete casos, não foi possível coletar informações devido à indisponibilidade simultânea das famílias e da pesquisadora, restringindo assim a amostra efetivamente analisada.

Portanto, a amostra final, selecionada por conveniência (amostra não probabilística), foi composta por quatro cuidadoras principais de crianças ou adolescentes com TOD, na faixa etária dos 7 aos 13 anos (Fluxograma 2).

Fluxograma 2 – Constituição da amostra



Fonte: Elaboração Própria

4. Critérios de inclusão e exclusão:

- a) Critérios de inclusão da amostra foram: 1) familiares que são responsáveis e cuidadores diretos da criança ou adolescente com TOD que estavam em tratamento durante o período de seleção.
- b) Critérios de exclusão: 1) familiares que não residem com as crianças e adolescentes com TOD no momento da pesquisa (crianças e adolescentes residentes em Casas de Acolhimento Institucional, e adolescentes que estão cumprindo medida socioeducativa); 2) familiares que abandonaram o tratamento durante o período de coleta de dados; 3) familiares que não estavam disponíveis para a coleta de dados nos dias e horários disponibilizados pela pesquisadora.

5. Instrumentos:

A fim de atender os objetivos de 2 a 5 (caracterizar o perfil sociodemográfico e a saúde mental dos familiares cuidadores de crianças e adolescentes com Transtorno Opositivo Desafiador, além de compreender sua percepção sobre os sintomas e os impactos no cotidiano familiar) foram utilizados os seguintes instrumentos, todos aplicados pela pesquisadora:

- a) **SNAP-IV – Swanson, Nolan and Pelham – versão brasileira (anexo I):** Instrumento destinado à identificação de sintomas relacionados ao Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e Transtorno Opositivo Desafiador (TOD), a ser aplicado aos pais, cuidadores ou professores de crianças e adolescentes. A escala é composta por 26 itens, organizados em três subescalas: Desatenção (itens 1 a 9), Hiperatividade/Impulsividade (itens 10 a 18) e Comportamento Opositor/Desafiador (itens 19 a 26). A resposta é registrada por meio de uma escala Likert de 4 pontos, que varia de 0 a 3, sendo 0 “nem um pouco”, 1 “só um pouco”, 2 “bastante” e 3 “demais”. O instrumento foi traduzido e adaptado para o Brasil por Mattos et al. (2006), apresentando boas propriedades psicométricas para avaliação clínica e escolar (Mattos *et al.*, 2006).
- b) **PSOC - Escala de Senso de Competência Parental (PSOC) (anexo II):** desenvolvida por Johnston e Mash (1989), é um instrumento que avalia a percepção dos cuidadores sobre sua eficácia e satisfação no exercício da parentalidade. Composta por itens em formato de escala Likert, ela investiga sentimentos de autoconfiança, capacidade de manejo das demandas cotidianas e realização pessoal no papel de cuidador. A escala é composta por 16 itens, com oito perguntas relacionadas a satisfação em ser pai/mãe e sete itens que avaliam a eficácia autopercebida em exercer a parentalidade. A resposta é registrada em uma escala Likert de 6 pontos que varia de concordo totalmente [1] a discordo totalmente [6]). O instrumento foi traduzido e adaptado para o Brasil por Moura *et al.* (2020), com boas evidências de validade e confiabilidade, tornando-se um recurso adequado para avaliar a percepção de competência parental em diferentes contextos clínicos e de pesquisa no Brasil. (Moura *et al.*, 2020).
- c) **Formulário de caracterização sociodemográfica cuidadores/familiares (Apêndice I):** elaborado pela pesquisadora, contendo itens com base na literatura existente para caracterização do núcleo familiar (apêndice). Estes dados foram coletados através do prontuário da criança/adolescente.
- d) **Roteiro de entrevista semiestrutura dirigida aos cuidadores principais de crianças e adolescente com TOD para caracterização clínica e**

comportamental no cotidiano (Apêndice II) : elaborado pela pesquisadora a fim de buscar compreender como o convívio com uma criança ou adolescente com TOD pode afetar o cotidiano das famílias. Compostas por 24 questões, além dos dados de identificação das participantes e de sua criança/adolescente. As questões foram divididas em quatro blocos: bloco 1 – Dados da criança ou do (a) adolescente e identificação da responsável; bloco 2 – Comportamentos da criança ou adolescente no cotidiano familiar na perspectiva do familiar cuidador; bloco 3 – Impactos do comportamento da criança ou adolescente no ambiente familiar; bloco 4 – Expectativas e Suporte familiar. Este roteiro foi baseado na revisão de literatura sobre cotidiano aplicado na prática da Terapia Ocupacional.

6. Procedimentos:

6.1 Procedimentos éticos

Para realização deste estudo, primeiramente a pesquisadora responsável realizou Contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba- MG por e-mail a fim de explicar os objetivos e metodologia do projeto, enviar a documentação solicitada e obter uma autorização prévia (anexo III) para a realização do mesmo.

Subsequentemente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), e somente após o parecer consubstanciado indicado o projeto aprovado sob o nº 7.649.138 (anexo IV), iniciou-se os procedimentos para coleta de dados.

A proposta foi apresentada a gerente do CAPSi (anexo V), em um contato inicial, a fim de apresentar os objetivos da pesquisa e os procedimentos. Em seguida, foi elaborada pela gerente do CAPSi uma listagem das crianças e adolescentes com diagnóstico de TOD, de acordo com o controle interno de pacientes ativos no momento. Os participantes foram elegidos conforme disponibilidade de coleta de dados da pesquisadora e a presença das famílias no local.

Após conduzi-las a uma sala reservada, as cuidadoras entrevistadas foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice III). Após leitura e assinatura do TCLE transcorreu-se com as entrevistas e aplicação dos instrumentos padronizados no mesmo dia, aplicando primeiramente os instrumentos quantitativos e em seguida o roteiro de entrevista.

Ao término do estudo, a pesquisadora enviará os resultados de sua pesquisa à gerente do CAPSi, a fim de que seja socializado junto a equipe multiprofissional para intervenções futuras.

Como compromisso ético e profissional, duas (C3 e C4) das quatro cuidadoras que não estavam em acompanhamento em saúde mental foram encaminhadas aos serviços disponíveis e compatíveis com seu estado psíquico, considerando tanto as observações realizadas por mim, enquanto profissional do CAPSi, durante as entrevistas, quanto os relatos e reflexões das próprias participantes acerca de sua saúde mental autopercebida e do interesse em iniciar tratamento.

Ainda como outros compromissos éticos e sociais da pesquisa: como retorno breve aos participantes será disponibilizada uma cartilha contendo orientações sobre como manejar os comportamentos opostos e desafiadores no cotidiano. Além disso, assim que possível e autorizado pela gerente do CAPSi será proposta e implementada uma oficina de orientação parental com informações referentes ao cuidado e rotina que possam auxiliar todos os pais e responsáveis constantes na lista original de participantes, no cuidado do binômio família-criança/adolescente no cotidiano, colocando em prática o PROPTO- TOD (Programa de Orientação Parental em Terapia Ocupacional a cuidadores de crianças e adolescentes com TOD).

6.2 Dinâmica de aplicação dos instrumentos e da entrevista semiestruturada (coleta de dados)

Como dito anteriormente, o contato com os cuidadores, assinatura do TCLE e aplicação do roteiro de entrevistas junto aos instrumentos padronizados ocorreram no mesmo dia, individualmente com cada familiar participante. Inicialmente, foram realizados os contatos com os responsáveis e cuidadores no dia de atendimento da criança ou adolescente no momento em que as crianças e adolescentes estavam sendo atendidos por outros profissionais do serviço e as cuidadoras estavam aguardando na recepção. O tempo de duração de cada entrevista foi de uma hora, e a pesquisadora realizou cada entrevista em um dia nas duas primeiras semanas do mês de agosto/2025, conforme a disponibilidade da cuidadora e da pesquisadora. Em uma sala reservada, após a apresentação do projeto e assinatura do TCLE os instrumentos foram aplicados na seguinte ordem: SNAP-IV, PSOC e Entrevista Semiestruturada contendo questões sobre o cotidiano das famílias.

7. Análise dos dados:

A organização e análise dos dados advindos da aplicação dos instrumentos padronizados foi feita por meio da tabulação dos dados no Programa Microsoft Office Excel. Após a tabulação, a estatística descritiva, a frequência absoluta e percentual foram utilizadas para analisar as variáveis dos instrumentos utilizados. A estatística descritiva tem como objetivo principal, resumir um conjunto de valores de mesma natureza, possibilitando assim uma visão geral da variação (Favero; Belfiore, 2019). As variáveis quantitativas incluíram medidas descritivas de centralidade (média) e dispersão (desvio padrão). Gráficos comparativos e tabelas foram usados para apresentação dos resultados (Rodrigues; Lima; Barbosa, 2017; Guedes *et al.*, 2005).

Para análise dos dados qualitativos advindos da entrevista semiestruturada, utilizou-se a análise quantitativa interpretativa. A análise quantitativa interpretativa combina técnicas estatísticas com interpretação qualitativa para aprofundar a compreensão de fenômenos complexos. Ela vai além dos dados numéricos ao considerar o contexto e a percepção dos participantes e pode ser utilizada como estratégia eficaz para identificar e interpretar núcleos de sentido, enriquecendo a análise com uma dimensão interpretativa (Ferreira; Loguecio, 2014; Teixeira, 2003).

Para análise dos núcleos de sentido, utilizamos a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016). O núcleo de sentido, segundo Bardin, é a unidade de significado que emerge da análise, representando ideias essenciais dentro de um texto ou discurso. Já a análise de conteúdo é o método sistemático proposto por Bardin para identificar, organizar e interpretar esses núcleos, buscando compreender sentidos latentes e explícitos na comunicação (Bardin, 2016).

Os resultados foram apresentados em quatro seções, a saber:

- 1.1 Perfil da amostra;
- 1.2 Percepção dos sintomas de TOD pelos familiares cuidadoras - Resultados do SNAP IV;
- 1.3 Descrição da saúde mental e do senso de autoeficácia parental autopercebidos de familiares cuidadores de crianças e adolescentes com Transtorno Opositor Desafiador – Resultados do PSOC e do bloco de saúde mental da entrevista semiestruturada;
- 1.4 Percepção das cuidadoras sobre como o TOD afeta o cotidiano familiar.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ESTUDO 2 – COTIDIANO E SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TOD

Nesta seção, os resultados são apresentados respondendo os objetivos específicos do estudo: caracterizar o perfil sociodemográfico dos familiares cuidadores, analisar suas percepções sobre os sintomas do Transtorno Opositor Desafiador, avaliar sua saúde mental e compreender como esses sintomas impactam a rotina familiar. Essa organização permite relacionar o contexto familiar, as experiências dos cuidadores e as repercussões do transtorno no cotidiano. Ao final, foi exibida uma discussão de como os dados apresentados nos itens anteriores se articulam.

1. Perfil da amostra:

A amostra deste estudo foi composta por quatro familiares cuidadoras de crianças e adolescentes com TOD, atendidas no CAPSi. No Quadro 5 são apresentados o perfil da amostra conforme idade, gênero, grau de parentesco com a criança/adolescente, etnia, estado civil, ocupação, renda familiar e quantidade de membros da família que residem na casa e fazem parte do cotidiano familiar.

Quadro 5 – Caracterização das participantes em idade, gênero, parentesco com a criança/adolescente, estado civil, ocupação, renda familiar e quantidade de membros da família

ID	Idade (Anos)	Gênero	Parentesco	Etnia	Estado Civil	Ocupação	Renda (salários min.)	Membros
C1	33	F	Mãe	Parda	Casada	Dona de casa	Até 2	7
C2	43	F	Mãe	Branca	Divorc.*	Dona de casa	Até 1	4
C3	56	F	Avó	Parda	Casada	Dona de casa	Até 2	4
C4	32	F	Mãe	Branca	Divorc.	Dona de casa	Até 1	3
Legenda: * Divorc. - Divorciada								

Fonte: Elaboração Própria

Conforme os dados apresentados acima, a amostra foi composta apenas por familiares cuidadoras do gênero feminino, sendo três mães e uma avó, na faixa etária dos 32 aos 56 anos. Em relação a etnia, duas participantes se consideram brancas e duas pardas, sendo duas casadas e duas divorciadas.

Nenhuma das participantes exerciam, no momento da coleta de dados, atividade laborativa fora do ambiente doméstico, sendo a renda familiar composta apenas por benefícios ou auxílio do governo, e salários do marido nas participantes casadas.

Em relação a quantidade de membros que residem no mesmo ambiente incluindo a criança/adolescente com TOD, duas famílias são composta por quatro membros, uma por três membros e uma por sete membros. A família de C1 é composta por mãe, pai e cinco filhos; a de C2 por mãe e três filhas; a de C3 por avó, avô e dois netos; e a de C4 por mãe e dois filhos.

A predominância de familiares cuidadoras femininas, sem inserção no mercado de trabalho, reforça a literatura que aponta para a centralidade da mulher na responsabilidade do cuidado, especialmente em contextos de transtornos comportamentais infantis (Moschkowich, 2022; Moraes, 2020). Além disso, a diversidade na composição familiar sugere diferentes níveis de suporte doméstico, o que pode impactar tanto o cotidiano familiar quanto a saúde mental das cuidadoras (Daltro *et al.*, 2018; Buriola *et al.*, 2016).

No que tange as crianças e os adolescentes, apresenta-se no quadro 5 a caracterização dos mesmos em relação a idade, gênero, tempo em anos de diagnóstico de TOD, diagnósticos ou hipóteses diagnósticas comórbidas ao TOD, tempo em anos de tratamento no CAPSi e tratamentos externos ao CAPSi realizados pela criança/adolescente. A identificação será apresentada pela sigla que usamos nas cuidadoras visto que toda a pesquisa é baseada na perspectiva das mesmas (Quadro 6).

Quadro 6 – Caracterização das crianças e adolescentes com TOD em relação a idade, gênero, tempo de diagnóstico de TOD, outros diagnósticos/HD, tempo de tratamento no CAPSi e tratamento externo ao CAPSi

ID	Idade (Anos)	Gênero	Tempo Diag ¹ . TOD	Outros Diag./HD ² CID 10	Tratamento CAPSi	Tratamento Externo CAPSi
C1	10	M	1,5 ano	F90 ³ F20? ⁴	3 anos	Não
C2	7	F	1 ano	F93.0 ⁵ F90	1 ano	Não
C3	10	F	1 ano e 4 meses	F90 F31 ⁶ F23? ⁷	3 anos	Não
C4	13	M	5 anos	F90 F84 ⁸ F31 G40 ⁹	7 anos	Sim
Legenda: Diag¹ - diagnóstico; HD² - Hipótese Diagnóstica; F90³ Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade; F20⁴ Esquizofrenia; F93.0 Angústia da Separação; F31⁶ – Transtorno Afetivo Bipolar; F23 – Transtornos Psicóticos Agudos e Transitórios; F84⁸ – Transtorno do Espectro Autista; G40⁹ – Epilepsia. O sinal ? significa que ainda está sendo investigado, portanto se trata de uma hipótese diagnóstica.						

Fonte: Elaboração Própria

Segundo os dados exibidos acima, a amostra foi constituída por uma criança de 7 anos, duas crianças de 10 anos e um adolescente de 13 anos. Metade da amostra era constituída por crianças do gênero feminino. O tempo de tratamento no CAPSi variou de um ano a sete anos, sendo que duas crianças são acompanhadas a três anos, que sugere diferentes níveis de exposição a intervenções oferecidas pelo serviço.

Em relação ao tempo de diagnóstico do TOD, o menor tempo é de um ano e o maior tempo de 5 anos. Todas as crianças/ adolescente possui comorbidades associadas ao TOD, sendo que o diagnóstico de Transtorno de Atenção e Déficit e Hiperatividade coexiste em todos eles. Conforme o Instituto Neurosaber (2023) há alta frequência de comorbidades associadas ao TOD, especialmente o TDAH, presente em cerca de 14% a 40% das crianças com TOD, o que vai ao encontro da amostra deste estudo.

Dois dos participantes (C3 e C4) possuem também o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar e dois possuem a hipótese diagnóstica de transtornos psicóticos (C1 e C3). A presença de irritabilidade na bipolaridade infantil contribui para manifestações de oposição, caracterizando sintomas desafiadores típicos do transtorno (Serra-Pinheiro *et al.*, 2004).

Conforme as cuidadoras (C1 a C3) as crianças não são acompanhadas em serviços externos, somente o adolescente (C4) é acompanhado em um serviço especializado em violência sexual do município de Uberaba – MG. Logo, indica que a maioria das crianças depende exclusivamente do serviço CAPSi para manejo clínico e suporte terapêutico. Esse dado sugere uma possível centralização do cuidado no CAPSi e evidencia a importância de avaliar a eficácia das intervenções em outros dispositivos da RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, considerando o tempo de tratamento e a complexidade das comorbidades (Sampaio; Bispo Júnior, 2021).

2. Percepção dos sintomas de TOD pelas cuidadoras - Resultados do SNAP IV:

Para pontuar os itens de cada dimensão, calculou-se o escore bruto produzido em cada uma, conforme sugerido por Costa *et al.* (2019). A soma dos itens de cada dimensão varia de 0 a 27 nas dimensões desatenção e hiperatividade-impulsividade e de 0 a 24 para dimensão TOD.

Além disso, os sintomas podem ser classificados em sintomas não clinicamente significativos, sintomas leves, sintomas moderados e sintomas graves. Nas dimensões

desatenção e hiperatividade-impulsividade os sintomas são classificados: $< 13/27$ = Sintomas não clinicamente significativos; $13 - 17$ = Sintomas leves; $18 - 22$ = Sintomas moderados; $23 - 27$ = Sintomas graves. Por sua vez, os sintomas da dimensão TOD são classificados: $< 8/24$ = Sintomas não clinicamente significativos; $8 - 13$ = Sintomas leves; $14 - 18$ = Sintomas moderados; $19 - 24$ = Sintomas graves (Psypack, 2025).

Na tabela 1 abaixo apresenta-se o Score do SNAP IV conforme cada dimensão que a escala mede: desatenção, hiperatividade/impulsividade e TOD.

TABELA 1 – SCORE SNAP-IV POR CADA DIMENSÃO (DESATENÇÃO HIPERATIVIDADE E TOD)

ID	Desatenção (soma)	HI (soma)	TDO (soma)	Classificação DA ¹	Classificação HI ¹	Classificação TOD
C1	26	26	21	Grave	Grave	Grave
C2	9	25	19	Não significativo	Grave	Grave
C3	26	24	20	Grave	Moderado	Grave
C4	19	20	16	Moderado	Moderado	Moderado
MÉDIA	20	23,75	19	-	-	-
± DP	±8,04	±2,62	±2,62			

Legenda: ¹ DA – Desatenção; ² HI – Hiperatividade-impulsividade

Fonte: Elaboração Própria

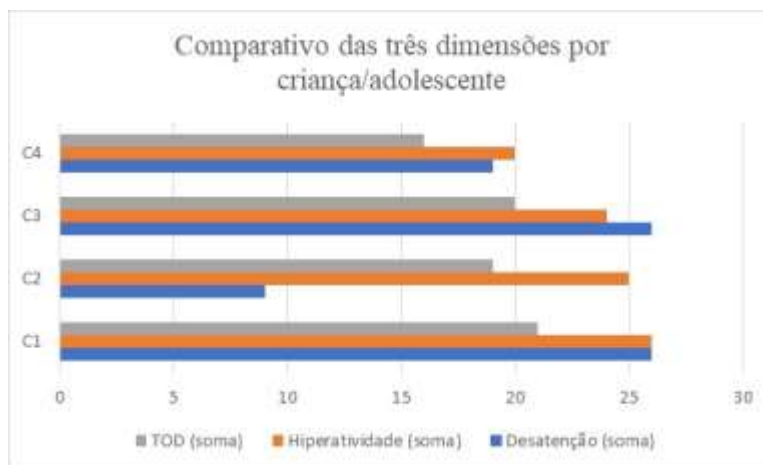
Na dimensão desatenção, duas crianças possuem sintomas considerados graves (C1 e C3), uma criança sintomas não significativos (C2) e o adolescente moderado (C4). Na dimensão hiperatividade-impulsividade 50% possuem sintomas classificados graves e 50% moderados.

Observa-se que há grande variabilidade entre as crianças/adolescente na dimensão desatenção (maior DP), indicando que a desatenção é um fator mais discriminativo entre elas. Essa diferença individual pode refletir não apenas a heterogeneidade clínica do TDAH quando co-mórbido ao TOD, mas também fatores contextuais, como tempo de diagnóstico, acompanhamento terapêutico e suporte familiar (Costa *et al.*, 2019).

Avaliando a média dos scores apresentados por todos os participantes a pontuação sugere que a amostra possui média de sintomas considerados graves. Estes achados corroboram estudos anteriores que destacam a alta frequência e intensidade de sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade em crianças e adolescentes com TOD e comorbidades psiquiátricas (Brites, 2021).

Os dados do gráfico 1 demonstram um comparativo das três dimensões por criança/adolescente.

Gráfico 1 – Comparativo das três dimensões por criança/adolescente



Fonte: Elaboração Própria

A análise dos escores obtidos no SNAP-IV (26 itens) evidenciou diferenças relevantes entre as quatro crianças avaliadas. O filho de C1 apresentou elevados níveis de sintomas em todas as dimensões, destacando-se tanto em Desatenção (26 pontos) quanto em Hiperatividade/Impulsividade (26 pontos) e TDO (21 pontos), configurando um perfil clínico global e consistente. Esse perfil reforça a presença de sintomas combinados, comuns em crianças com TOD e comorbidades como TDAH (Zolin, 2024);

A neta de C3 também exibiu escores elevados em todas as dimensões, com Desatenção (26 pontos), Hiperatividade/Impulsividade (24 pontos) e TOD (20 pontos). Esse perfil indica comprometimento clínico importante e amplo, bastante semelhante ao observado na criança de C1.

A filha de C2 apresentou baixo escore em Desatenção (9 pontos), mas escores elevados em Hiperatividade/Impulsividade (25 pontos) e TDO (19 pontos), sugerindo que seus sintomas estão mais concentrados em impulsividade e comportamentos opostos, diferenciando das demais por não apresentar prejuízos relevantes na dimensão atencional. Essa diferenciação evidencia a heterogeneidade clínica dentro da amostra e a importância de avaliar cada dimensão separadamente, uma vez que estratégias terapêuticas podem precisar ser ajustadas de acordo com a predominância dos sintomas (Corrêa *et al.*, 2023).

Por fim, o filho C4 apresentou valores intermediários nas três dimensões (Desatenção = 19; Hiperatividade/Impulsividade = 20; TDO = 16), o que sugere um quadro de intensidade moderada, sem a gravidade observada em C1 e C3. Esta intensidade

moderada pode estar relacionada a fatores individuais como tempo de diagnóstico, comorbidades associadas ou suporte familiar (Nunes *et al.*, 2025).

De modo geral, os resultados indicam que a Hiperatividade/Impulsividade foi a dimensão mais homogênea entre as crianças, com escores consistentemente elevados. Em contrapartida, a Desatenção mostrou maior variabilidade, destacando a diferença entre crianças com baixos sintomas (C2) e aquelas com escores elevados (C1 e C3). Já os sintomas de TOD surgiram em níveis moderados a graves, presentes principalmente em C1, C2 e C3, reforçando a tendência oposicional em parte do grupo, confirmando que os familiares cuidadoras identificam os sintomas opostos em suas crianças/seu adolescente.

3. Descrição do senso de autoeficácia parental autopercebidos pelos familiares cuidadores de crianças e adolescentes com Transtorno Opositor Desafiador e da saúde mental autopercebida – Resultados do PSOC e do bloco de saúde mental da entrevista semiestruturada:

3.1 Senso de autoeficácia parental autopercebidos - Resultados do PSOC

A escala PSOC - Escala de Senso de Competência Parental originalmente não possui pontos de corte universais para classificação do score bruto. A interpretação depende do contexto e do estudo, no entanto seus criadores descrevem uma distribuição de score que permite a classificação em três categorias — baixa, média e alta — com base na divisão da faixa total de pontuação de cada subescala em terços iguais.

Sendo assim, a subescala Eficácia, composta por 7 itens em escala Likert de 1 a 6, apresenta faixa de pontuação de 7 a 42 pontos, considerando Baixa: 7–18 pontos; Média: 19–30 pontos; Alta: 31–42 pontos. A subescala Satisfação, composta por 9 itens na mesma escala, apresenta faixa de 9 a 54 pontos: Baixa: 9–23 pontos, Média: 24–38 pontos; Alta: 39–54 pontos. Para classificação total, considera a média de pontuação de 16 a 96 pontos: Baixa: 16 - 41 pontos; Média: 42 – 68; Alta: 69 – 96. Moura *et al.* (2020) afirmam que quanto maior a pontuação, mais alto é o senso de competência parental.

Na tabela 2 apresenta-se o Score do PSOC conforme os subitens Eficácia e Satisfação parentais e o score total.

TABELA 2 – SCORE PSOC POR SUBITEM (EFICÁCIA E SATISFAÇÃO) E TOTAL

ID	Eficácia (soma)	Classificação Eficácia	Satisfação (soma)	Classificação Satisfação	Total (soma)	Classificação Bruto
C1	15	Baixa	26	Média	41	Baixa
C2	32	Alta	46	Alta	78	Alta
C3	23	Média	26	Média	49	Média

C4	19	Média	20	Baixa	39	Baixa
MÉDIA ±	22,25 ±	—	29,5 ± 11,35	—	51,75 ±	—
DP	7,27				18,02	

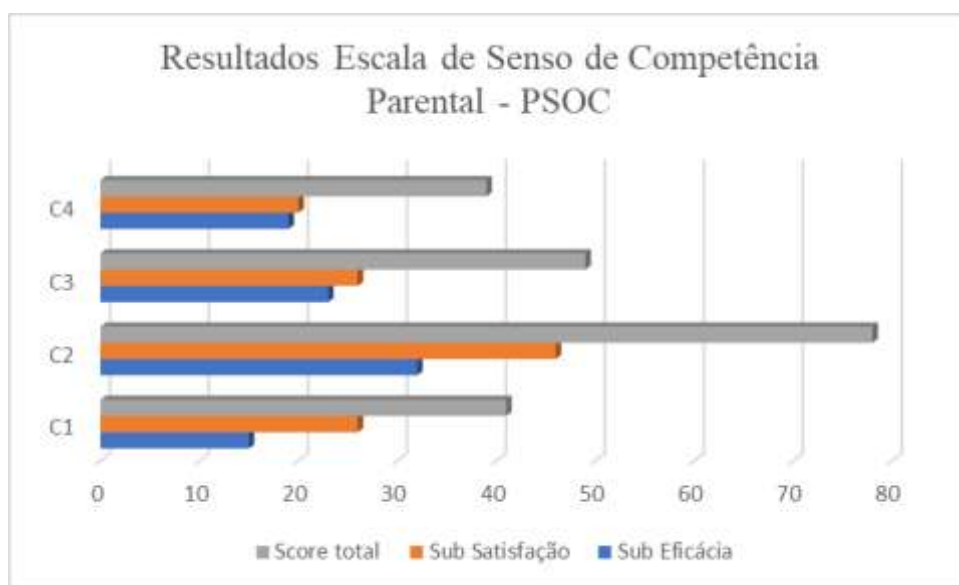
Fonte: Elaboração Própria

Na Tabela 2 apresentam-se as classificações individuais dos escores da PSOC, bem como as médias da amostra. Observa-se que o caso C2 foi o único classificado como alto em todas as dimensões, enquanto C3 manteve-se em nível médio nos três escores. Já C1 evidenciou discrepância, com eficácia baixa e satisfação média, ao passo que C4 apresentou perfil mais frágil, com satisfação baixa e eficácia média, resultando em classificação total baixa. Considerando o grupo, a média foi de 22,25 ($\pm 7,27$) em eficácia, 29,5 ($\pm 11,35$) em satisfação e 51,75 ($\pm 18,02$) no escore total, indicando predominância de níveis médios de competência parental.

Essa variabilidade individual evidencia que, mesmo dentro de um grupo relativamente pequeno, cuidadores podem experienciar níveis distintos de autoeficácia e satisfação parental, possivelmente influenciados pela intensidade dos sintomas das crianças, pelo tempo de acompanhamento clínico ou por fatores contextuais familiares (Moschkowich, 2022; Moraes, 2020; Daltro *et al.* 2018)

Os dados do gráfico 2 apresentam um comparativo dos resultados da Escala PSOC.

Gráfico 2 – Resultados Escala de Senso de Competência Parental - PSOC



Fonte: Elaboração Própria

Verifica-se variação expressiva entre os participantes. A cuidadora C2 apresentou o maior escore total (78 pontos), destacando-se por elevados níveis tanto na subescala de

Satisfação (46 pontos) quanto na de Eficácia (32 pontos), o que reflete uma percepção global mais positiva da competência parental. Esse resultado sugere maior confiança e satisfação no desempenho do papel parental, mesmo diante das demandas associadas ao cuidado de uma criança com Transtorno Opositor Desafiador (TOD).

A participante C3 obteve escore total intermediário (49 pontos), com valores equilibrados entre as subescalas de Satisfação (26 pontos) e Eficácia (23 pontos), indicando um nível moderado de percepção da competência parental. Logo, esse perfil intermediário pode refletir tanto o enfrentamento das dificuldades cotidianas quanto o reconhecimento das próprias limitações diante do comportamento desafiador da criança.

Por sua vez, a participante C1 apresentou escore total de 41 pontos, com satisfação relativamente elevada (26 pontos) em comparação à eficácia (15 pontos), sugerindo maior fragilidade nesta última dimensão. Esse dado pode indicar que, embora perceba aspectos positivos no cuidado, a cuidadora sente dificuldades em manejar os comportamentos da criança, o que pode impactar seu senso de eficácia parental.

Já a participante C4 registrou o menor escore global (39 pontos), marcado por valores baixos tanto na subescala de Satisfação (20 pontos) quanto na de Eficácia (19 pontos), o que aponta para um senso de competência parental reduzido em ambas as dimensões. Esse perfil mais frágil pode estar associado a sobrecarga emocional e ao estresse decorrente do manejo de comportamentos opositores e impulsivos, conforme descrito por Sevigny e Loutzenhiser (2010), que destacam a relação entre altos níveis de estresse parental e baixa autoeficácia percebida.

Portanto, esses achados reforçam a necessidade de intervenções que considerem não apenas as necessidades da criança, mas também o fortalecimento do senso de autoeficácia parental, visando reduzir o estresse associado ao cuidado e potencializar o bem-estar das cuidadoras e de suas crianças/adolescentes (Arantes *et al.*, 2024).

3.2 Saúde mental das participantes:

Com o propósito de compreender como as cuidadoras percebem sua própria saúde mental, incluíram-se na entrevista semiestruturada duas perguntas abertas e uma de múltipla escolha voltadas à identificação de mudanças emocionais e psicológicas decorrentes do exercício contínuo do cuidado.

Esta escolha metodológica dialoga diretamente com os princípios do modelo de atenção psicossocial, que reconhece a subjetividade, a voz do usuário/cuidador e a

centralidade do sofrimento psíquico nas dinâmicas de cuidado, buscando compreender a experiência para além do diagnóstico (Onocko Campos, 2019, Maynard et al., 2014).

Na questão referente à percepção de mudanças na saúde mental, todas as participantes relataram alterações significativas, revelando que o ato de cuidar de crianças e adolescentes com comportamentos opositores e desafiadores produz impactos profundos em sua vida emocional (Araújo; Guazina, 2017). Essa constatação reforça o que apontam pesquisas no campo da terapia ocupacional, que compreende o cuidado cotidiano como prática que reorganiza papéis, rotinas, ocupações e sentidos de vida, afetando diretamente a saúde mental dos sujeitos envolvidos (Bardi *et al.* 2023; Bezerra; Lopes; Basso, 2022; Galheigo, 2020)

Uma das cuidadoras relatou conviver com um transtorno mental, destacando como sua própria condição influencia a forma de perceber sua saúde e lidar com as demandas da maternidade:

“Sim. Já não era certa, fiquei mais fraca da cabeça. Tenho Borderline” (C1).

Esse relato evidencia a necessidade de uma rede de cuidado que considere interseções entre sofrimento psíquico prévio e sobrecarga atual, como preconizam as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que defendem o acompanhamento integral e continuado de pessoas em sofrimento mental (Brasil, 2014).

Outras participantes mencionam sintomas claros de sofrimento psíquico, ansiedade, angústia, depressão e síndrome do pânico, diretamente relacionados ao quadro clínico e comportamental da criança/adolescente, bem como ao constante julgamento social:

“Sim, fico muito ansiosa e angustiada” (C2).

“Sim, tenho ansiedade, depressão e síndrome do pânico” (C4).

Esses relatos reforçam a literatura que evidencia a sobrecarga mental de cuidadoras principais, especialmente quando há ausência de suporte social ou compartilhamento de responsabilidades (Daltro *et al.* 2018).

Do ponto de vista das políticas públicas, tais narrativas revelam lacunas na efetivação de dispositivos previstos no SUAS, na RAPS e nas políticas de apoio à família e à mulher — que deveriam ofertar acolhimento, grupos, acompanhamento psicológico e suporte social para reduzir a sobrecarga emocional (Brasil, 2013; Amarante, 2007).

Por fim, chama atenção a fala da avó cuidadora, que expressa uma mudança subjetiva na forma de compreender o mundo e a si mesma:

“Sim, antes eu era mais ignorante e achava que podia tudo. Hoje sou mais centrada”.

Essa resposta demonstra um movimento interno de reorganização emocional, interpretação crítica da própria história e ampliação de recursos subjetivos, aspectos muito valorizados no campo da terapia ocupacional, que compreende as transformações nas ocupações e no modo de se posicionar na vida como parte fundamental do processo terapêutico (Faria; Lopes, 2020).

Em síntese, os relatos revelam que o cuidado cotidiano, marcado por elevada demanda emocional e baixa rede de suporte, tem repercussões significativas na saúde mental das cuidadoras. Ao mesmo tempo, evidenciam a urgência de ações intersetoriais — saúde, assistência social e educação — que reconheçam e acolham essas mulheres como também sujeitos de cuidado, conforme prevê o modelo de atenção psicossocial.

No que se refere à classificação da saúde mental (questão 18), observou-se que duas participantes (C1 e C4) atribuem à própria saúde mental a categoria muito ruim, enquanto C3 a avalia como mediana. Apenas C2 classifica sua saúde mental como muito boa, ainda que relate sintomas de ansiedade e angústia.

Esse aparente paradoxo revela um fenômeno descrito por pesquisadores da parentalidade em contextos de vulnerabilidade: a tendência de alguns cuidadores a minimizar o próprio sofrimento como estratégia de autopreservação e manutenção do senso de competência parental (Buoso e Bazon, 2025; Araujo & Guazina, 2017). No caso de C2, tal percepção positiva pode estar vinculada a um senso elevado de autoeficácia, frequentemente mobilizado como forma de enfrentamento em trajetórias marcadas por violência.

A estreita relação entre saúde mental percebida e condições objetivas do contexto familiar torna-se ainda mais evidente quando analisamos as respostas sobre tempo e energia para cuidar de si (questão 19). Todas as cuidadoras que avaliaram sua saúde mental como muito ruim afirmam não dispor de tempo ou energia voltados ao autocuidado.

Os relatos de C1 — marcada por gestação não planejada, ausência de apoio social e situação de violência — evidenciam um quadro de sofrimento psíquico agravado por múltiplas vulnerabilidades, configurando uma demanda típica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ainda que esteja vinculada a um serviço de saúde mental, C1 demonstra uma situação de risco ampliado, reforçando a importância de abordagens

territoriais, intersetoriais e centradas na vida cotidiana, princípios estruturantes da atenção psicossocial (Lisboa et al. 2023; Rosso *et al.* 2020).

De forma semelhante, C4 descreve exaustão, desânimo e sensação de estar “explodindo”, evidenciando o fenômeno de hiperdedicação materna, frequentemente identificado na literatura como “sacrifício parental”. Esse padrão, associado à percepção de que “*ninguém cuidaria do filho tão bem quanto ela*”, relaciona-se a níveis elevados de estresse e sobrecarga, com implicações diretas na autoeficácia e na regulação emocional dos cuidadores (Pereira & Tssalis, 2020; Sevigny & Loutzenhiser, 2010).

No campo da terapia ocupacional, essa dinâmica é compreendida como uma restrição severa da participação ocupacional, uma vez que o cuidador, ao se perceber insubstituível, reduz drasticamente suas possibilidades de descanso, autocuidado e lazer — ocupações essenciais para sua saúde mental (Domingues; Corradi-Webster; Ruzzi-Pereira, 2021).

Em contraste, as participantes C2 e C3 relatam recorrer à fé e espiritualidade como forma de cuidado de si. A literatura em saúde mental aponta a espiritualidade como um importante fator protetivo, contribuindo para resiliência, reconstrução de sentido e enfrentamento de situações de estresse crônico (Brito & Faro, 2016). Na lógica da atenção psicossocial, reconhecer esses recursos subjetivos é fundamental, pois o cuidado não se restringe ao campo biomédico, abrangendo dimensões culturais, comunitárias e de pertencimento social (Brasil, 2014).

Apesar das diferenças nas percepções individuais, as quatro cuidadoras convergem em um ponto: todas identificam a terapia individual como a “ajuda ideal” (questão 23). Entretanto, relatam barreiras significativas para acessar esse cuidado, especialmente a ausência de rede de apoio para cuidar das crianças. Essa realidade ilustra o que a literatura denomina de paradoxo do cuidado: o cuidador reconhece sua exaustão e necessidade de apoio, mas se percebe impossibilitado de se afastar do cuidado direto (Silva; Deltrudes e Iwata; Reis *et al.*, 2020).

Do ponto de vista das políticas públicas, tal situação reforça a importância de dispositivos como grupos de cuidadores, visitas domiciliares, apoio institucional, articulação intersetorial com o SUAS e ações de educação em saúde (Avelar; Malfitano, 2018).

Diante dessas demandas, a equipe multiprofissional do CAPSi foi acionada para que os terapeutas de referência orientassem os encaminhamentos adequados para serviços de média complexidade. Tal articulação expressa o princípio da responsabilização compartilhada, central ao SUS e às práticas de cuidado em saúde mental (Pinheiro; Emerich, 2024).

Em síntese, os relatos das cuidadoras sobre sua saúde mental autopercebida evidenciam sofrimento emocional associado ao cuidado de crianças e adolescentes com Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD), bem como a influência desse sofrimento na percepção de competência parental.

Esses dados dialogam diretamente com os resultados quantitativos do PSOC, reforçando que a vivência subjetiva do cuidado e o bem-estar emocional do cuidador constituem elementos indissociáveis no processo terapêutico e na construção de estratégias de apoio integradas, alinhadas ao paradigma psicossocial e às práticas da terapia ocupacional centradas no cotidiano.

3.3 Percepção das cuidadoras sobre como o TOD afeta o cotidiano familiar:

O roteiro de entrevista foi subdividido em quatro blocos a fim de facilitar a análise dos dados: Bloco 1 – Dados da criança; Bloco 2 – Comportamento da criança/adolescente no contexto familiar na perspectiva do cuidador; Bloco 3- Impactos do Comportamento da Criança /adolescente no ambiente familiar; Bloco 4 – Expectativas e suporte familiar. Os dados do primeiro bloco já foram apresentados no item de perfil da amostra (2.1). Em seguida apresentaremos os três blocos restantes e também um item sobre a última pergunta da entrevista e as observações da pesquisadora.

3.3.1 Comportamento da criança/adolescente no contexto familiar na perspectiva do familiar cuidador:

Este bloco da entrevista semiestruturada é composto por cinco questões, sendo a primeira relacionada a outros tratamentos, já ilustrados no item perfil da amostra e outras quatro questões que versam sobre o comportamento da criança em um dia típico; a resistência em seguir regras, a presença de explosões emocionais no dia a dia e o comportamento que a cuidadora acha mais preocupante atualmente.

No Quadro 7 abaixo são apresentadas as respostas das participantes à pergunta 2.

Quadro 7 – Respostas pergunta 2. Como é o comportamento em um dia típico?

ID	Respostas:
C1	<i>Agitado, não para um minuto, não concentra em nada, corre muito, ele é no 320, briga com os irmãos mais próximos a sua faixa etária por conta de televisão.</i>
C2	<i>Ela fala muito, gosta de desenhar, colorir, brincar. Não para um segundo, fala muito, gosta de coisas da escola.</i>
C3	<i>Acelerada, não leva desaforo, rilienta, briga com todos em casa e conversa muito.</i>
C4	<i>Ansioso, come muito, tem dia que está de boa/tem dia que está estressado, sonolento. Tem dia que acorda pensando como vai me testar.</i>

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com os relatos das cuidadoras, as crianças e o adolescente apresentam comportamentos marcados principalmente por agitação e dificuldade de manter a atenção. Essa característica aparece de forma recorrente em diferentes contextos, sendo descrita como “não para um minuto” (C1), “não para um segundo” (C2) e “acelerada” (C3).

Esta descrição de um funcionamento “acelerado”, em que a criança “não para um minuto” e apresenta dificuldade para manter foco em tarefas ou conversas, converge com achados prévios da literatura que apontam a presença frequente de sintomas externalizantes, como hiperatividade e desatenção, em indivíduos com TOD, especialmente quando há comorbidade com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), conforme dados encontrados na amostra deste estudo (Côrrea *et al.*, 2023; APA, 2023).

Foram mencionados também conflitos interpessoais, sobretudo em ambiente familiar: C1 relata brigas frequentes com os irmãos, enquanto C3 descreve que a criança costuma “brigar com todos em casa”. Esses episódios se associam a traços de impulsividade, como “não levar desaforo” e apresentar-se “rilienta”. Tal padrão é frequentemente descrito em estudos que apontam dificuldades de regulação emocional como um dos principais desafios enfrentados por crianças com TOD (Corrêa *et al.* 2023; Viana; Martins, 2022; Guimarães; Silva, 2021)

Como apresentado anteriormente, as crianças de C1 e C3 apresentaram um perfil muito parecido no que tange aos níveis de desatenção e impulsividade, o que reflete no estilo comportamental mais acelerado e ansioso, bem como nas brigas constantes com os demais membros familiares.

Outro aspecto bastante evidente é a comunicação e interação intensas, observada nas falas de C2 e C3, em que se destaca o hábito de falar muito e interagir constantemente. Esta característica pode estar tanto relacionada a intenção de socializar quanto a dificuldade de autocontrole e impulsividade verbal, como é o caso da neta da participante

C3 (Silva *et al.*, 2022; Lucero; Souza; Cittadino, 2021). A necessidade constante de falar e interagir pode sobrecarregar as dinâmicas familiares e ser percebida pelos cuidadores como um comportamento desafiador, especialmente quando associada a respostas opositoras e provocativas (Guerra; Deus; Delgado, 2020; Brites, 2021).

Além disso, surgem indícios de ansiedade e variação de humor, o que corrobora com a comorbidade de Transtorno de humor apresentada pelo filho de C4. A participante destaca comportamentos de oscilação, com dias em que o adolescente se mostra tranquilo e outros em que aparece estressado, sonolento ou ansioso, inclusive manifestando comportamentos desafiadores como “acordar pensando em como vai me testar”.

A oscilação entre momentos de tranquilidade e episódios de estresse, sonolência e ansiedade é compatível com o perfil emocional instável comumente relatado em adolescentes com TOD e transtornos de humor associados (Costa *et al.* 2024; Brites, 2023). A sobreposição de sintomas tende a intensificar os desafios comportamentais e a complexidade do manejo familiar, uma vez que as manifestações de humor instável frequentemente alimentam os comportamentos opositores e aumentam os conflitos no ambiente doméstico (Costa *et al.*, 2024; Brites, 2021; Daltro *et al.* 2018).

Os relatos de agitação e impulsividade reapareceram de forma consistente nas respostas à Pergunta 3 – P3 (quadro 8), que trata da resistência em seguir regras.

Quadro 8 – Respostas pergunta 3. Resiste em seguir regras? Pode dar exemplos?

ID	Respostas:
C1	<i>Sim, por exemplo tomar banho, fala não e sai correndo. Qualquer atividade diária, se repetir o pedido ele grita ou bate nos irmãos.</i>
C2	<i>Às vezes. Não gosta de lavar a cabeça, quando ela quer comer alguma coisa e não pode dá birra e chora. Se está vendo um desenho não gosta que muda. Não gosta que mexe nas coisas dela.</i>
C3	<i>Sim, Se eu mando ajudar nas tarefas domésticas ela acha que é desaforo.</i>
C4	<i>Sim. Tomar banho não gosta, brinca no banho, desperdiça sabonete e shampoo. Afazeres domésticos faz mal, não limpa, não enche garrafa, tem que ficar pedindo.</i>

Fonte: Elaboração Própria

Observa-se que a impulsividade e a dificuldade de controle descritas no cotidiano se manifestam diretamente em situações que envolvem obediência e cumprimento de regras. Exemplos disso são a recusa em tomar banho, correr para evitar a tarefa, gritar ou até mesmo agredir irmãos quando contrariado. A comunicação intensa, que em alguns casos aparece como sociabilidade (criança de C2), na dimensão da resistência se relaciona a birras, choros e respostas ríspidas, mostrando um elo entre expressividade verbal e dificuldade de lidar com frustrações.

As descrições acima apontam para um funcionamento marcado por oposição ativa e desregulação emocional. Tais comportamentos são característicos do Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD), cujo núcleo sintomatológico inclui padrões persistentes de desafio a regras e figuras de autoridade (APA, 2023). Estudos mostram que essa oposição tende a se intensificar quando a criança se sente frustrada ou controlada, uma vez que dificuldades de autorregulação emocional e impulsividade limitam a capacidade de lidar com frustrações de forma adaptativa (Viana; Martins, 2022; Linhares; Martins, 2015; Burke; Lobber; 2010).

A dificuldade de lidar com limites também se conecta aos conflitos familiares já mencionados nas respostas da P2. Isso se materializa em episódios de oposição direta (considerar ordens como “desaforo”), resistência em realizar tarefas domésticas, desperdício de materiais durante o banho ou birras quando desejos não são atendidos.

Pesquisas indicam crianças com TOD costumam apresentar respostas verbais desproporcionais a estímulos frustrantes, como forma de externalizar o desconforto, o que sugere a relação entre impulsividade verbal e comportamento opositor (Nestlé, 2025; Silva *et al.*, 2022; Viana; Martins, 2022). Nota-se reações desproporcionais a regras cotidianas impostas a todas as crianças e adolescentes, como chorar, gritar ou se recusar a colaborar.

Assim, as respostas da P3 reforçam a leitura de que os comportamentos descritos anteriormente nas respostas da P2 não se limitam a momentos isolados, mas estão intimamente relacionados à forma como as crianças respondem a demandas externas e regras sociais, evidenciando um padrão de oposição, impulsividade e dificuldades de autorregulação. Este tipo de comportamento desafiante e provocador tende a gerar ciclos de escalada conflitiva nas relações familiares, o que é corroborado por estudos que destacam o impacto do TOD na qualidade das interações familiares e no bem-estar dos cuidadores (Ribeiro *et al.*, 2024; Alecrim; Costa, 2022; Guerra; Deus; Delgado, 2020).

Essas dificuldades de autorregulação são melhores visualizadas na pergunta 4 (P4) (Quadro 9):

Quadro 9 – Respostas pergunta 4. Você observa explosões emocionais desproporcionais nas situações do dia a dia? Se sim, dê exemplos.

ID	Respostas:
C1	<i>As vezes sim, emburra, taca objetos, tenta agredir de alguma forma. Recentemente, meteu a cabeça do irmão na parede (8 anos) por causa de um brinquedo.</i>
C2	<i>Sim, chora, fica irritada, facilmente chora, fica nervosa, grita. Por exemplo, se ela já assistiu desenho muito tempo e a irmã quer assistir outro ela não quer mudar.</i>

C3	<i>Hoje em dia é mais pacífica, antes explodia toda hora.</i>
C4	<i>Sim, age com ignorância, quebra as coisas. Um exemplo é pedir para baixar volume do desenho, tem que pedir várias vezes, se ficar nervoso quebra tudo.</i>

Fonte: Elaboração Própria

Explosões emocionais frequentes aparecem relatadas em quase todos os casos (C1, C2, C4), com reações físicas ou verbais intensas diante de frustrações cotidianas, com manifestações por meio de agressões físicas contra irmãos (C1), choro excessivo e gritos (C2) e destruição de objetos (C4). C3 destaca melhora ao longo do tempo, indicando que houve redução das explosões, mas que isso já foi um padrão presente, o que pode estar relacionado ao tempo de tratamento no CAPSi.

Esses relatos se conectam diretamente com os padrões descritos nas Perguntas 2 e 3. A impulsividade, os conflitos familiares (P2) e a resistência em seguir regras (P3) se intensificam em forma de explosões emocionais quando há frustração ou imposição de limites. Os sinais de dificuldade de autorregulação emocional aparecem em pequenas situações do dia a dia (mudança de canal, volume de TV, pedido para realizar tarefas) e geram reações desproporcionais.

A reatividade emocional expressa em explosões emocionais desproporcionais são tanto um sintoma central do TOD quanto um mecanismo pelo qual a impulsividade e a resistência a limites se manifestam, intensificando conflitos e evidenciando a complexidade do manejo familiar diário (Nestlé, 2025; APA, 2023; Silva *et al.*, 2022; Viana; Martins, 2022).

A última questão deste bloco solicita que o cuidador relate sobre qual é o comportamento mais preocupante apresentado pela sua criança atualmente (quadro 10).

Quadro 10 – Respostas pergunta 5. Quais comportamentos você considera mais preocupantes?

ID	Respostas:
C1	<i>Empurrar os outros (crianças) e pisar em cima e as brigas com os irmãos.</i>
C2	<i>Quando ela dá as crises de nervos.</i>
C3	<i>Antes da nova medicação, falava que não queria morar em casa.</i>
C4	<i>A questão da sexualidade afluada.</i>

Fonte: Elaboração Própria

Os comportamentos agressivos (C1) e explosões emocionais (C2) aparecem novamente, reiterando o padrão de agressividade e oposição em interações sociais, característico do TOD (APA, 2023; Silva *et al.*, 2022).

A cuidadora C3 evidencia alterações de humor e resistência à rotina, ligadas à fase anterior da medicação, mostrando que intervenções médicas podem modular comportamentos desafiadores, como já sugerido na literatura sobre manejo farmacológico e psicossocial em crianças e adolescentes com TOD e comorbidades (Ribeiro *et al.* 2024; Amorim; Porto, 2020).

Por fim, C4 destaca preocupações relacionadas à sexualidade precoce ou aflorada, um aspecto que não havia sido mencionado nas perguntas anteriores, indicando a necessidade de atenção específica nesse domínio do desenvolvimento.

De modo geral, as respostas reforçam os principais pontos: impulsividade, dificuldade de autorregulação emocional, agressividade em interações sociais e questões de desenvolvimento sexual e afetivo, consolidando os padrões de comportamento inapropriados que impactam significativamente a dinâmica familiar.

Estes achados destacam a necessidade de abordagens multidimensionais, que incluam estratégias de manejo comportamental, acompanhamento clínico e suporte familiar, considerando não apenas os sintomas externalizantes, mas também aspectos do desenvolvimento emocional e social (Arantes *et al.* 2024; Valle; Alves; Kaminski, 2024; Viana; Martins, 2022)

A análise das respostas das perguntas 2 a 5 evidencia um padrão consistente de comportamentos compatíveis com o Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD), incluindo agitação, comunicação intensa, dificuldade de atenção, resistência a regras, explosões emocionais desproporcionais, agressividade física e oposição persistente a tarefas cotidianas (APA, 2023).

Esses comportamentos refletem dificuldades de autorregulação emocional e controle de impulsos, intensificam conflitos familiares e se manifestam de forma interligada, com expressividade verbal, birras, gritos e destruição de objetos (Silva *et al.*, 2022; Viana; Martins, 2022). Fatores contextuais, como acesso a intervenções médicas, influenciam a expressão desses padrões, e aspectos do desenvolvimento afetivo e social, como sexualidade precoce, também podem gerar preocupação adicional (Amorim; Porto, 2020).

3.3.2 Impactos do Comportamento da Criança /adolescente no ambiente familiar:

Neste bloco foram realizadas nove perguntas disparadoras para compreender como os comportamentos associados ao TOD apresentados pelas crianças/adolescentes afetam o cotidiano, o bem estar familiar e o ambiente doméstico de forma geral. Para fins didáticos, este bloco será dividido em quatro subitens.

A) Repercussões dos comportamentos opositores no funcionamento familiar e no cotidiano:

No quadro 11 verifica-se as respostas fornecidas pelas cuidadoras para a pergunta sobre como os comportamentos desafiadores afetam a dinâmica familiar no dia a dia da família.

Quadro 11 – Respostas pergunta 6. Você acredita que os comportamentos afetam (a dinâmica familiar) o funcionamento da família no dia a dia? Como?

ID	Respostas:
C1	<i>Um pouco, porque “meu filho” não obedece, tem que ficar muito em cima dele.</i>
C2	<i>Às vezes. As irmãs não tem muita paciência. O ambiente em casa é sempre muito preocupado, tenso. A pouco tempo a família estava morando com a minha mãe, lá eu achava mais difícil. .</i>
C3	<i>Sim, a “minha neta” não respeita, ela quer discutir, é irritada e não leva desaforo.</i>
C4	<i>Sim, não saio muito, pouca convivência com os parentes por medo de acontecer algo fora das minhas vistas. É só da casa, para o tratamento e escola.</i>

Fonte: Elaboração Própria

A análise das respostas revela que os comportamentos opositores e desafiadores têm impactos significativos na dinâmica e funcionamento familiar. O aumento do estresse e tensão familiar são relatados nas falas de C2 que refere o ambiente doméstico fica frequentemente sobre tensão (“preocupado”), o que indica que o comportamento opositor pode gerar ansiedade nos demais membros. A participante C1 também identifica o aumento desta tensão, destacando a necessidade de supervisão constante do filho.

Esta tensão gera conflitos familiares, relatados nas falas das participantes (C2 e C3), em que a filha de C2 entra em atrito com as irmãs e a neta de C3 com os demais membros. Como visto no bloco anterior, os conflitos também estão presentes no dia a dia da participante C1, visto que seu filho também conflituava constantemente com os irmãos.

A participante C4 descreve fatores que impactam diretamente na convivência social, uma vez que evita atividades externas por medo de como o seu filho irá se comportar.

Os relatos indicam que os familiares precisam adaptar constantemente sua rotina, como supervisionar mais de perto, restringir saídas e priorizar apenas atividades essenciais,

impactando a dinâmica diária e a qualidade de vida familiar. Este fator demonstra uma ocupação cotidiana rigidamente centrada no cuidado, ou seja, o cuidado passa a dominar todas as esferas da vida, em detrimento de outras áreas essenciais – autocuidado, produtividade e lazer – que se tornam inviáveis, contribuindo para estresse crônico e esgotamento emocional (Moraes, 2020).

A vigilância e atenção constante, devido ao comportamentopositor-desafiador, também podem ser constatadas nos relatos da pergunta 7 (Quadro 12):

Quadro 12 – Respostas pergunta 7 . O que você sente que mudou na sua vida e na da sua família desde que os comportamentos começaram?

ID	Respostas:
C1	<i>N sempre foi agitado desde bebê, então sinto que mudou desde que ele nasceu, mas hoje já acostumamos.</i>
C2	<i>Mudou que a gente fica mais alerta, mesmo quando está na escola eu estou alerta.</i>
C3	<i>Já era todo mundo nervoso, ficamos mais.</i>
C4	<i>Quando ele era menor era mais tranquilo, agora não consigo desligar dele.</i>

Fonte: Elaboração Própria

C1 descreve que, embora a agitação seja presente desde o nascimento, a família precisou se adaptar à rotina intensa da criança. C2 evidencia que os cuidadores permanecem alertas mesmo fora de casa, refletindo preocupação constante com a segurança e o bem-estar da criança. C3 ressalta que os comportamentos desafiadores intensificaram a tensão emocional geral da família, aumentando o nervosismo coletivo.

Por fim, C4 observou que, com o aumento da intensidade dos comportamentos ao longo do tempo, tornou-se difícil desligar-se da supervisão, evidenciando impacto direto na autonomia do cuidador e na dinâmica diária.

Em síntese, esses relatos demonstram que os comportamentos opostos afetam não apenas a criança, mas também modificam a rotina, aumentam o estresse e exigem adaptações constantes da família, reforçando a necessidade de estratégias de manejo e suporte familiar (Ribeiro *et al.*, 2024).

Esta constante adaptação e necessidade de manejo a situações de estresse familiar contribuem para uma percepção de um ambiente doméstico caótico e vigilante como pode ser observado no Quadro 13.

Quadro 13 – Respostas pergunta 13. Como você descreveria o ambiente em casa atualmente (ex. calmo, caótico, tenso)? Por quê?

ID	Respostas:
C1	<i>Tipo guerra da Ucrânia com a Rússia. Porque o tempo todo de olho, separando brigas.</i>

C2	<i>Tenso. Todas ficam preocupadas para prever comportamentos (explosões emocionais).</i>
C3	<i>Tenso, agitado. Todos ficam nervosos devido ao comportamento de oposição.</i>
C4	<i>O caos. Durmo pensando nele, durmo cansada e acordo cansada. Mesmo com ele na escola fico preocupada. Não desligo hora nenhuma, tempo todo vigilante, medo até dele brincar sozinho na rua.</i>

Fonte: Elaboração Própria

As cuidadoras relataram aumento constante do estresse e da tensão emocional em casa, necessidade de vigilância permanente e ajustes na rotina para prevenir crises (C1, C2, C3). As crianças apresentam interação social limitada e frustração diante de limites, enquanto os familiares relatam desgaste físico e psicológico, restrição da vida social e sensação de isolamento (C1, C2, C4).

Conclui-se que as cuidadoras relataram que os comportamentos opositores e desafiadores das crianças e adolescentes impactam significativamente a dinâmica familiar e a rotina diária. Observou-se a necessidade de supervisão constante, atenção permanente e ajustes frequentes nas atividades domésticas, gerando tensão emocional e conflitos entre os membros da família. As famílias frequentemente restringem atividades externas e convivência social, priorizando a segurança e o manejo dos comportamentos, o que afeta o bem-estar coletivo e individual.

De forma geral, os relatos indicam que os comportamentos desafiadores influenciam o cotidiano familiar, tornando o ambiente desorganizado e vigilante, exigindo adaptações contínuas na rotina e na organização das tarefas diárias.

Sob ótica do Modelo de Atenção Psicossocial, os achados reforçam a importância de considerar a família como foco central do cuidado, oferecendo suporte para o manejo comportamental, orientação parental e estratégias de enfrentamento do estresse diário. Tãno *et al.* (2021) ressaltam que o sofrimento psíquico da criança ou adolescente afeta todo o sistema familiar e o território social em que está inserida, tornando essenciais intervenções que promovam acolhimento, escuta qualificada e fortalecimento dos vínculos familiares.

Integrando a perspectiva da Terapia Ocupacional, observa-se que os comportamentos desafiadores fragmentam o cotidiano familiar, exigindo reorganização constante de atividades, rotinas e papéis. Conforme Leão e Salles, 2018, o cotidiano é o centro da organização da vida ocupacional e do bem-estar humano, e sua desorganização, como relatado pelas cuidadoras, gera sobrecarga, tensão contínua e limitação de experiências significativas.

Nesse sentido, a Terapia Ocupacional pode atuar facilitando a reestruturação das rotinas, promovendo ocupações significativas para a criança e demais membros da família e apoiando os cuidadores no manejo dos comportamentos desafiadores, equilibrando exigências e recursos disponíveis, além de minimizar o impacto negativo sobre o cotidiano familiar.

B) Bem-estar individual e bem-estar coletivo: afetando-se e afetando através do comportamento opositivo e desafiador:

Em todas as famílias, percebeu-se a necessidade de lidar com sobreposição de responsabilidades, preocupação constante e sentimentos de esgotamento, evidenciando que os comportamentos opositores afetam de maneira abrangente tanto o bem-estar individual quanto o coletivo da família.

Esta percepção do próprio bem-estar e bem estar individual da criança e adolescente como também do restante da família são apresentadas no Quadro 14.

Quadro 14 – Respostas pergunta 8. De que maneira você acha que esses comportamentos afetam o bem-estar da criança/adolescente? e 9. De que maneira você acha que esses comportamentos afetam o bem-estar do restante da família?

ID	Bem estar individual	Bem estar familiar
C1	<i>Ele não aprende na escola, não descansa direito não convive bem com outras crianças.</i>	<i>Não podemos ter convívio (externo) nenhum, ir a lugar nenhum por conta do comportamento dele.</i>
C2	<i>Quando sai o pessoal fica falando, recentemente fui ao banco com ela e devido ao tempo que estávamos na rua ela não conseguiu esperar a minha filha teve crise. As pessoas não entendem as coisas (o comportamento), a necessidade de acalmá-la. As pessoas acham que ela é doída.</i>	<i>Todas tiveram que mudar para ter mais paciência e procurar ajudar.</i>
C3	<i>Minha neta não aceita não, por exemplo as vezes não tem condições no momento de comprar (comida) e ela quer, fica insistindo.</i>	<i>Pessoal acha esquisito o comportamento, fica incomodado.</i>
C4	<i>Afeta que sabe que vou ter que punir. Sabe que tudo o que faz gera consequências, não consegue ter vida social porque desobedece.</i>	<i>Consigo controlar melhor a situação da irmã, tenho deixado ela passear e conviver principalmente com o pai dela. Já eu, não quero ninguém, quando saio quero voltar para casa, saboto meus possíveis relacionamentos porque não estou com cabeça. Meu filho não tem convivência com o pai, por escolha do pai e agora com as questões de justiça complicou.</i>

Fonte: Elaboração Própria

No quesito bem-estar individual da criança/adolescente, a criança de C1 apresenta dificuldades de aprendizado e de descanso, além de restrições na convivência social (C1,

C4). Verifica-se também que a imposição de limites e a incapacidade de controlar impulsos geram frustração, crises e dificuldades em lidar com regras, prejudicando a autonomia e a socialização (C2, C3, C4). Em contextos públicos, como escola ou rua, as crises podem levar a exclusão social ou incompreensão por terceiros (C2).

Por sua vez, no quesito bem-estar familiar, nota-se que os familiares precisam adaptar suas rotinas, exercendo supervisão constante, desenvolvendo paciência adicional e alterando hábitos para lidar com os comportamentos da criança (C1, C2). Há relatos de restrição de vida social e isolamento, incluindo dificuldade em sair de casa e em manter relacionamentos interpessoais (C1, C4). Alguns cuidadores relatam também prejuízo emocional, estresse constante e constrangimento social devido às reações da criança/adolescente (C2, C3, C4).

Ao integrar com os achados das perguntas apresentadas até o momento, observa-se que o bem-estar da criança e da família está interligado aos comportamentos opositores. Percebe-se que as explosões emocionais, a resistência a regras e a agressividade não apenas prejudicam o desenvolvimento social e emocional da criança/do adolescente, mas também afetam a organização da rotina, aumentam a tensão doméstica e limitam a vida social da família. O ambiente caótico e vigilante descrito pelos cuidadores reflete a necessidade de estratégias de manejo contínuas, evidenciando como os comportamentos desafiadores geram impactos sistêmicos no funcionamento familiar.

Esse cenário reforça que o sofrimento psíquico da criança/adolescente reverbera em todo o sistema familiar (Brandão *et al.*, 2021; Costa *et al.* 2024). Na visão da Terapia Ocupacional, os comportamentos opositores fragmentam o cotidiano familiar, interferindo na organização das atividades significativas e no equilíbrio ocupacional dos membros da família (Tapáro; Constantinidis; Cid, 2024; Minatel; Andrade, 2020). A necessidade de constante vigilância, adaptação das rotinas e restrição de atividades sociais compromete tanto a participação nas ocupações da criança/adolescente, quanto o bem-estar e a participação dos cuidadores.

Em síntese, os dados mostram que o bem-estar da criança/adolescente e da família está intrinsecamente ligado aos comportamentos opositores, com efeitos que se retroalimentam e exigem estratégias integradas de manejo, suporte psicossocial e reestruturação do cotidiano, de modo a preservar a saúde mental e a participação ocupacional de todos os membros.

C) Estratégias para lidar com os comportamentos opositores e desafiadores

A fim de verificar as estratégias encontradas para lidar com os comportamentos desafiadores propôs-se a pergunta 10 (Quadro 15).

Quadro 15 – Respostas pergunta 10 . Na sua casa, quais estratégias você costuma usar para lidar com os comportamentos desafiadores? Elas Funcionam bem?

ID	Respostas:
C1	<i>Eu costumo conversar bastante, coloco de castigo, as vezes dou umas chineladas. Estas estratégias funcionam bem.</i>
C2	<i>Em casa procuro deixar ela mais a vontade, não fico danando. Tem funcionado bem.</i>
C3	<i>Ameaço dar chinelada. Geralmente, funciona bem.</i>
C4	<i>Nas crises e deixo quebrar porque se eu entro na frente pode piorar, já quebrou o sofá, a janela. Quando fica mais calmo tento conversar. Estas estratégias não tem funcionado bem.</i>

Fonte: Elaboração Própria

Nota-se que as estratégias parentais relatadas se relacionam diretamente com os impactos familiares e o bem-estar da criança/adolescente e refletem diferentes estilos de parentalidade.

Sob a luz de Baumrind (1966, 1971, 1991) que descreveu três estilos parentais iniciais: autoritário, autoritativo e permissivo, e mais tarde complementados por pesquisas posteriores, que incluem o negligente, observa-se que as participantes C1 e C3 expressam em suas falas o uso de castigos e violência física a fim de obter o controle e obediência. Estas estratégias evidenciam um estilo autoritário, caracterizado por alto controle e baixa responsividade. Embora estas estratégias possam controlar os comportamentos a curto prazo, tendem a aumentar a tensão familiar e perpetuar explosões emocionais.

Ao contrário das anteriores, a participante 2 demonstra uma parentalidade mais permissiva ou indulgente, uma vez que diz dar mais liberdade a criança e evitar punições rígidas, priorizando o bem-estar emocional imediato da criança. Estas estratégias reduzem os conflitos diretos, no entanto impede a imposição de limites consistentes e podem manter os comportamentos desafiadores a longo prazo, de maneira contínua.

Por fim, a participante C4 menciona que deixa o adolescente quebrar objetos durante crises, tentando dialogar apenas após o mesmo se acalmar, o que evidencia a reação passiva diante a oposição, com poucas estratégias estruturadas, evidenciando um estilo parental negligente ou reativo.

Embora com estilo de parentalidade distintos três de quatro cuidadoras relataram que suas estratégias funcionam bem. Embora algumas cuidadoras relatem sucesso momentâneo dessas estratégias, estudos indicam que métodos autoritários ou

inconsistentes podem aumentar o estresse familiar, perpetuar explosões emocionais e limitar o desenvolvimento da autonomia da criança/adolescente (Martins; Silva, 2025).

Dessa forma, constata-se que os tipos de parentalidade utilizados modulam diretamente como os comportamentos opostos influenciam a rotina, a dinâmica familiar e o bem-estar emocional da criança e dos cuidadores, reforçando a necessidade de estratégias consistentes, previsíveis e equilibradas, características do estilo autoritativo, que combina limites claros com suporte e responsividade (Lawrenz *et al.*, 2020).

Estas orientações fornecidas nos serviços de saúde mental infanto-juvenil podem auxiliar os familiares no manejo adequado dos comportamentos, fortalecendo vínculos familiares e amenizando o sofrimento coletivo (Arantes *et al.*, 2024).

Na visão da Terapia Ocupacional, os estilos parentais impactam diretamente a estruturação do cotidiano e a participação ocupacional da família, uma vez que a imprevisibilidade das respostas aos comportamentos desafiadores compromete a organização de rotinas, limita a realização de atividades significativas e aumenta a sobrecarga dos cuidadores (Bezerra; Lopes; Basso, 2022; Pacheco; Badaró, 2021).

Assim, a promoção de parentalidade autoritativa, que combina limites claros com suporte afetivo e orientação, pode favorecer tanto o desenvolvimento socioemocional da criança/adolescente quanto o equilíbrio ocupacional e a qualidade de vida familiar (Cid, 2015).

D) Afinal, como fica a rotina e as atividades diárias da família?

Finalizando este bloco de perguntas, será apresentado como os comportamentos opostos e desafiadores modificaram o cotidiano familiar em relação a rotina e atividades realizadas no dia a dia (Quadro 16):

Quadro 16 – Respostas perguntas sobre Rotina familiar e atividades do dia a dia – parte 1

ID	11. Descreva quais mudanças mais significativas você percebeu no seu cotidiano após o início dos comportamentos associados ao TOD.	12. Você sente que sua rotina e as suas tarefas diárias (trabalho, autocuidado, lazer, vida social) foram afetadas? Como?	14. Como você descreveria um dia de passeio/lazer com sua criança e adolescente com TOD?
C1	<i>Estou sempre em alerta.</i>	<i>Muito. Não podemos sair, direto de olho nele e nos irmãos. Em casa escondo objetos que pode machucar.</i>	<i>Meu filho gosta muito de lugares isolados (mato), lugares com água. Em outras situações não vamos.</i>
C2	<i>No começo ficava todo</i>	<i>Um pouco, não posso ir na</i>	<i>Muito raro sair. Quando</i>

	<i>mun</i>	<i>psicóloga por exemplo porque minha filha não fica com ninguém. Mesmo quando vai para escola fico preocupada, as vezes a escola liga para buscá-la. Em relação ao trabalho já não trabalhava antes.</i>	<i>saio com ela sempre tenho que voltar mais cedo. Não vou em festa grande, com muitas pessoas.</i>
C3	<i>Aumentou a discussão em casa, entre todo mundo.</i>	<i>Sim, a dedicação do tempo tem que ser mais a ela, o cuidado e a rotina conforme as demandas dela.</i>	<i>Se fizer o gosto fica de boa, no contrário insiste no que quer e nem sempre tem o dinheiro.</i>
C4	<i>Não saio, não tenho vida social.</i>	<i>Trabalho só de vez enquanto, bico em festa na roça, de cozinheira. Não consigo ter autocuidado.</i>	<i>Só relaxo se for com a minha irmã e os filhos dela. Esse final de semana fomos passear na roça, com a minha irmã consigo ficar mais tranquila, só a gente.</i>

Fonte: Elaboração Própria

As respostas indicam que os comportamentos opositores e desafiadores impactam profundamente tanto a rotina familiar quanto os momentos de lazer. Atividades externas podem deixar os familiares cuidadoras em estado de supervisão constante e vigília, como referem as cuidadoras C1, C2 e C4, que inclusive evitam locais e situações que possam desencadear crises ou causar riscos físicos.

A limitação da vida social e do lazer em família também pode ser observada nas respostas de C2 e C4 que destacam restrições significativas em festas, saídas e eventos sociais, com a rotina da família centrada na criança/adolescente, prejudicando autocuidado e convívio social dos cuidadores. Nota-se também quando a neta de C3 consegue obter o que deseja, há menor resistência e conflitos são minimizados. Caso contrário, surgem crises, discussões ou resistência às regras.

O aumento de tensão emocional e conflitos também aparece como um fator impeditivo de estabelecer algumas atividades de rotina. A necessidade de atender às demandas da criança e prevenir crises resulta em cansaço físico e emocional/psíquico, aumento de tensão no ambiente doméstico e maior frequência de discussões entre membros da família (C1, C3, C4).

Em relação a rotina e tarefas diárias, obtém-se que atenção da família se concentra quase que integralmente na criança/adolescente, afetando trabalho, autocuidado, compromissos sociais e atividades pessoais (C2, C4). No caso da cuidadora C3, a mesma

destaca que a rotina diária deve se adaptar às demandas da criança, incluindo a alocação de tempo e recursos conforme seus desejos, o que aumenta a sobrecarga familiar.

Observa-se também redução do tempo para tarefas pessoais e de trabalho em todas as participantes, uma vez que as cuidadoras mencionam ajustes constantes na rotina, incluindo limitações no trabalho, cuidado com outros filhos e organização da casa, evidenciando que os comportamentos desafiadores têm efeito sistêmico na vida familiar.

Estes arranjos na rotina não se restringem ao âmbito individual das cuidadoras, mas refletem a natureza interdependente dos sistemas ecológicos nos quais estão inseridas, como reflete a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, proposta por Bronfenbrenner. As restrições no trabalho, as demandas relativas à organização doméstica e o manejo de outros filhos evidenciam a interação contínua entre o microsistema familiar e contextos mais amplos, como o mesossistema e o exossistema (Bronfenbrenner; Morris, 2006).

Assim, os comportamentos desafiadores da criança produzem repercussões que atravessam múltiplos níveis ecológicos, demonstrando como alterações em um subsistema podem gerar pressões adaptativas em toda a rede de relações que sustenta o funcionamento familiar (Bronfenbrenner; Morris, 2006). Todas estas questões exigem da família estratégias de adaptação.

Algumas famílias relatam ter criado estratégias para lidar com crises e reduzir conflitos (C2), enquanto outras só conseguem relaxar em contextos muito controlados e restritos (C4), indicando diferenças na eficácia e impacto das estratégias parentais. A participante C3 relata maior quantidade de discussões em casa, vinculadas às demandas da criança e à necessidade de atender seus desejos para evitar crises.

Conclui-se que os ajustes constantes para atender às demandas da criança/adolescente com TOD demonstram como os comportamentos desafiadores fragmentam o cotidiano familiar e comprometem a realização de ocupações significativas, incluindo autocuidado, trabalho, lazer e interação social (Daltro *et al.*, 2018; Buriola *et al.*, 2016).

A centralização da rotina na criança/adolescente, somada às restrições impostas por crises ou riscos percebidos, evidencia a necessidade de reestruturar atividades, equilibrar demandas e promover ocupações significativas para todos os membros da família, reduzindo a sobrecarga e fortalecendo o funcionamento sistêmico do grupo familiar (Silva *et al.* 2022; Baião; Herênio; Carvalho, 2021; Bueno *et al.*, 2021; Daltro *et al.*, 2018).

Dessa forma, estratégias integradas de manejo comportamental, orientação parental e planejamento do cotidiano podem minimizar os impactos sistêmicos dos comportamentos opostos e favorecer maior equilíbrio entre participação ocupacional, bem-estar emocional e qualidade de vida familiar (Costa *et al.*, 2024; Benites *et al.*, 2021; Mosmann *et al.*, 2017; Assad; Pedrão; Cirineu, 2016).

Portanto, os achados demonstram que os comportamentos opostos e desafiadores geram impactos sistêmicos, abrangendo a dinâmica familiar, o bem-estar individual e coletivo, estratégias parentais e participação ocupacional. A integração entre o Modelo de Atenção Psicossocial e Terapia Ocupacional evidencia a necessidade de manejo comportamental consistente, reestruturação do cotidiano familiar e promoção de ocupações significativas, de forma a equilibrar demandas, preservar e qualificar vínculos familiares, além de promover qualidade de vida para todos os membros.

3.3.3 Expectativas e suporte familiar

Este bloco da entrevista semiestruturada foi composto por nove questões, sendo que três delas foram apresentadas no item 2.4.1 que se referiu a saúde mental das cuidadoras; e as demais versam sobre apoio e suporte familiar e as expectativas de mudanças/melhoras no cotidiano.

Em relação as expectativas de mudanças, o quadro abaixo apresenta as respostas dadas pelas participantes as perguntas 15 e 16 (Quadro 17).

Quadro 17– Respostas pergunta 15 e 16: mudanças no cotidiano.

ID	15. O que você gostaria que mudasse no cotidiano da sua família?	16. Que tipo de ajuda você acredita que poderia melhorar o cotidiano de vocês?
C1	<i>Gostaria que ficasse um pouco mais calmo.</i>	<i>Meu tratamento em saúde mental e auxílio do meu companheiro, porque ele acha o comportamento oposto bonito, não me ajuda, nem financeiramente.</i>
C2	<i>Gostaria que ficasse mais tempo na escola e que ela desse menos crises nervosas.</i>	<i>Acredito que financeira - tem o BPC, mas não consigo trabalhar por conta dos cuidados das minhas filhas.</i>
C3	<i>Mais entendimento do restante da família para lidar com a ...</i>	<i>Conversar com outras famílias que vivem a mesma situação.</i>
C4	<i>Estou tão acostumada com a rotina, quando muda me descontrola, fico agoniada. Tenho medo do bom.</i>	<i>Financeira - tenho o BPC*, mas tive que fazer empréstimo para construir um muro, por causa das fugas do ..., tive que vender o carro pois não tinha dinheiro para gasolina. Não consigo trabalhar por conta dele.</i>

Legenda: *BPC – Benefício de prestação continuada

Fonte: Elaboração Própria

Os relatos das cuidadoras evidenciam níveis elevados de sobrecarga, exaustão e sentimentos de solidão no cuidado de crianças e adolescentes com Transtorno Opositivo Desafiador (TOD), sendo suas expectativas centradas na busca por estabilidade na rotina e por apoio externo para enfrentar as demandas cotidianas. Essa centralização do cuidado na figura materna, somada à ausência de corresponsabilidade do núcleo familiar e à fragilidade das redes de apoio, mostra-se incompatível com os princípios do modelo de atenção psicossocial, que propõe o cuidado como uma construção coletiva e territorial, ancorado no compartilhamento de responsabilidades e na articulação intersetorial (Bezerra, 2022; Felix; Santos; Aléssio, 2020; Buriola *et al.*, 2016).

A ausência de suporte do companheiro, como relatado por C1, e o desejo de maior compreensão dos demais familiares (C3), evidenciam a carência de redes de apoio socioafetivas que possam compartilhar o cuidado e validar a experiência dessas mulheres. A sobrecarga prolongada e a falta de reconhecimento social do trabalho de cuidado impactam negativamente a saúde mental e a qualidade de vida de cuidadoras, indicando a necessidade de espaços de escuta e acolhimento como parte do cuidado em saúde mental (Moschkowich, 2022; Moraes, 2020; Daltro *et al.*, 2018).

No modelo psicossocial, a família é considerada parte integrante do processo terapêutico, devendo ser acolhida, escutada e fortalecida, de modo a reduzir o isolamento e a sobrecarga individualizada do cuidado (Sampaio; Bispo Júnior, 2021; Costa *et al.*, 2021; Brasil, 2014).

Outro aspecto relevante refere-se às dificuldades financeiras e à limitação da autonomia, relatadas por C2 e C4, que indicam como o cuidado em tempo integral pode restringir a inserção social e econômica das cuidadoras, intensificando sua vulnerabilidade (Daltro *et al.*, 2018).

Tal realidade revela lacunas na integralidade do cuidado, uma vez que o modelo de atenção psicossocial defende a articulação entre saúde, assistência social e trabalho para garantir condições de vida dignas aos sujeitos e seus cuidadores (Nonose *et al.*, 2024; Campelo; Costa; Colvero, 2014). A ausência de articulação entre as políticas públicas fragiliza o suporte às famílias e aumenta o risco de abandono dos tratamentos por exaustão dos cuidadores (Nonose *et al.*, 2024; Braga; d'Oliveira, 2019).

Além disso, a insegurança frente a mudanças descritas por C4 apontam sinais de sofrimento psíquico e hipervigilância, frequentemente associados à sobrecarga crônica.

Esses achados reforçam a necessidade de ações voltadas à saúde mental das cuidadoras, não apenas como coadjuvantes no cuidado de seus filhos, mas como sujeitos que também demandam atenção e suporte em sua própria trajetória (Nonose *et al.*, 2024; Moraes, 2020; Gomes; Silva; Batista, 2018).

Nesse contexto, a Terapia Ocupacional pode atuar de forma estratégica por meio da criação de espaços de escuta e convivência entre cuidadoras, favorecendo a construção de redes de apoio e a troca de experiências que promovam alívio da sobrecarga emocional e fortalecimento da identidade para além do papel materno (Mata *et al.*, 2023; Taño *et al.*, 2021).

Além disso, a TO pode mediar o acesso a políticas sociais e a serviços intersetoriais, ampliando as possibilidades de inserção social e econômica desses familiares cuidadoras, bem como desenvolver intervenções que favoreçam a participação das crianças e adolescentes em contextos escolares, culturais e de lazer, contribuindo para a reorganização do cotidiano familiar e a promoção da autonomia e da contratualidade social (Avelar; Malfitano, 2022; Leão; Salles, 2018).

Após identificarem as mudanças desejadas no cotidiano e os tipos de apoio que consideram necessários (Perguntas 15 e 16), os familiares cuidadoras foram convidados a refletirem sobre sua rede de suporte atual (Perguntas 20 a 22), permitindo contrastar as expectativas com os recursos efetivamente disponíveis (Quadro 18):

Quadro 18 – Respostas perguntas sobre Rotina familiar e atividades do dia a dia – parte 2

ID	20. Você sente que tem uma rede de apoio para lidar suporte emocional nos dias difíceis? Pode ser rede de apoio familiar e de amigos ou rede de apoio por profissionais de saúde. Sim () Não ()	21. Quem são as pessoas que formam a sua rede de apoio? Pode ser rede de apoio familiar e de amigos ou rede de apoio por profissionais de saúde. Você pode escolher mais de uma opção.	22. Que tipo de apoio tem sido mais importante para você? Pode ser ajudar a cuidar, auxiliar nas atividades do dia a dia, apoio emocional, apoio financeiro, ou outro que julgar importante.
C1	Não.	Apenas os profissionais que atendem o ... e os que me atendem.	Eu acho que me acostumei a viver sem apoio, meu marido não auxilia nem no cuidado nem financeiramente, sou só eu para dar conta das crianças.
C2	Não.	Deus e religião, sou muito conformada, rede de profissionais que atendem ... e minha mãe.	... ficar na escola.
C3	Não	Não tenho uma.	Mais apoio emocional.

C4	<i>Não.</i>	<i>Minha irmã.</i>	<i>Apoio financeiro e apoio psicológico.</i>
-----------	-------------	--------------------	--

Fonte: Elaboração Própria

As respostas indicam que as cuidadoras de crianças/adolescentes com TOD vivenciam o cuidado de forma solitária, com redes de apoio muito frágeis ou inexistentes, o que aumenta a sobrecarga emocional, física e financeira.

Todas as quatro cuidadoras afirmam não ter uma rede de apoio nos dias difíceis, o que evidencia isolamento social e emocional e falta de corresponsabilidade no cuidado. Quando citam alguma forma de apoio, ela está restrita a profissionais que atendem a criança ou a própria cuidadora (C1, C2), indicando que o suporte está centrado no serviço de saúde e não na rede familiar ou comunitária.

Identifica-se um padrão de sobrecarga materna, no qual o cuidado intensivo recai quase exclusivamente sobre as mulheres, com pouco ou nenhum apoio do companheiro ou de outros familiares. Como mencionado anteriormente, a ausência de reconhecimento e de suporte social ao trabalho de cuidado impacta diretamente a saúde mental, favorecendo sintomas de exaustão, ansiedade e sofrimento psíquico (Ribeiro; Massalai, 2024; Moraes, 2020).

A participante C1 relata que o companheiro não auxilia nos cuidados nem financeiramente, e C3 afirma não ter nenhuma rede de apoio, reforçando um padrão de sobrecarga materna e abandono conjugal, frequentemente relatado em contextos de cuidado de crianças com demandas intensas (Santos *et al.*, 2023; Moraes, 2020; Borges *et al.*, 2020). Já a participante, C4 cita a irmã como única fonte de apoio, principalmente financeiro e psicológico, mostrando uma rede de apoio extremamente restrita.

Por sua vez, C2 encontra fontes alternativas de apoio ao mencionar Deus e a religião como principais fontes de sustentação emocional, o que evidencia a busca de estratégias individuais para lidar com a sobrecarga na ausência de apoio prático da rede social. Embora possam oferecer conforto subjetivo, essas estratégias isoladas não substituem a função protetiva das redes de apoio comunitárias e familiares. De acordo Taño (2017), a fragilidade das redes sociais aumenta a vulnerabilidade emocional e social das famílias, dificultando o acesso a recursos e a continuidade do cuidado em saúde mental.

Embora alguns mencionem apoio financeiro e emocional, nota-se que o principal apoio funcional citado é a escola (C2), pois representa um tempo de alívio da carga de cuidado, permitindo que a cuidadora possa respirar ou realizar outras tarefas. Porém,

observa-se que o suporte recebido é predominantemente institucional e funcional, não socioafetivo, o que limita a criação de vínculos estáveis e sustentadores.

Sampaio e Bispo Júnior (2021) destacam que o modelo de atenção psicossocial pressupõe a construção de redes de apoio articuladas entre serviços, comunidade e família, entendendo que o cuidado é um processo coletivo e intersetorial. A inexistência de tais redes, como observado neste estudo, compromete diretamente a integralidade do cuidado e acentua o sentimento de solidão das cuidadoras.

Nesse cenário, a Terapia Ocupacional pode desempenhar papel central na mediação de vínculos e no fortalecimento de redes de apoio, promovendo espaços de convivência entre familiares, articulando parcerias com serviços da rede de proteção e desenvolvendo intervenções no território que favoreçam a responsabilização pelo cuidado (Taño *et al.*, 2021; Costa *et al.*, 2021; Assad; Pedrão; Cirineu, 2016).

Portanto, as respostas revelam que os cuidadores enfrentam o cuidado da criança/adolescente com TOD quase sem suporte social, emocional ou prático, contando, quando muito, com ajuda pontual de profissionais ou familiares muito próximos. Essa carência de rede de apoio reforça o sentimento de isolamento, solidão e exaustão, somando-se às dificuldades econômicas e à instabilidade emocional já relatadas anteriormente.

A ausência de suporte consistente contribui para intensificar os impactos negativos do TOD sobre o cotidiano familiar e a saúde mental dos cuidadores, reforçando a importância de estratégias intersetoriais de apoio às famílias, que incluam rede sociofamiliar, serviços de saúde mental e suporte comunitário.

3.3.4 Compartilhando sentimentos e experiências:

As falas finais dos cuidadores revelam de forma sensível o peso emocional e a sobrecarga envolvida no convívio com crianças e adolescentes com comportamentos opostos e desafiadores (Quadro 19).

Quadro 19 – Respostas pergunta 24. Gostaria de compartilhar mais alguma experiência e sentimento sobre como tem sido viver com uma criança/adolescente com TOD?

ID	Respostas:
C2	<i>Eu e minhas filhas temos tentado nos adaptar, depois de tudo que vivemos. Além de ... , preciso também acompanhar a minha filha mais velha, que também tem crises desde pequena, apesar de já ter 18 anos ela não consegue ir sozinha ao tratamento. As pessoas julgam muito o fato de eu não me cuidar, mas realmente não consigo devido ao cuidado com minhas filhas.</i>

C3	<i>De falar que os cuidadores tem necessidade de cuidar de si.</i>
C4	<i>Não estou vendo melhora, ... está regredindo em vários aspectos e tem a questão da hipersexualidade, embora ele seja infantilizado.</i>

Fonte: Elaboração Própria

Observa-se que foram relatados sentimentos de exaustão, isolamento e ausência de apoio, além da dificuldade de conciliar o cuidado com outras demandas familiares e pessoais. Uma das cuidadoras (C2) destacou a necessidade de também cuidar de outra filha com demandas em saúde mental e a culpa por não conseguir cuidar de si mesma, enquanto outra reforçou a importância de reconhecer que os cuidadores também precisam de cuidado e suporte emocional (C3).

Notou-se ainda a percepção de regressão no quadro da criança, com preocupações relacionadas à hipersexualidade precoce, o que aumenta a tensão e o medo em relação ao futuro (C4).

Essas falas evidenciam o impacto cumulativo do cuidado contínuo, ressaltando a urgência de estratégias de apoio centradas na família como um todo, incluindo ações voltadas ao bem-estar dos cuidadores, que são fundamentais no manejo do TOD.

Durante a entrevista, a pesquisadora pode observar algumas questões que vão ao encontro das falas das participantes.

A participante C1 demonstra uma profunda sensação de solidão e ausência de rede de apoio, agravada pela gestação inesperada e pelo histórico de cuidados assumidos desde muito jovem, o que a fez abdicar de seus próprios desejos e projetos de vida. Ela reconhece a necessidade de tratamento para si, mas percebe que não possui suporte familiar adequado, uma vez que a mãe, também com histórico de transtornos mentais, não ofereceu compreensão ou orientação efetiva. Isso sugere um ciclo intergeracional de vulnerabilidade e sobrecarga emocional.

A participante C2 demonstra consciência da necessidade de cuidado com sua saúde mental, mas enfrenta barreiras relacionadas à falta de apoio familiar efetivo. A mãe de C2, figura potencial de suporte, não é percebida como capaz de compreender ou incentivar o cuidado em saúde mental, especialmente das netas. Essa lacuna evidencia a fragilidade das redes de suporte e o impacto na capacidade de buscar e manter tratamento adequado.

A neta de C3 apresenta relações familiares fragmentadas, vivendo com avós e irmão, e mantendo pouco contato com a mãe. O relato da avó sugere permissividade do pai, contrastando com conflitos conjugais frequentes, indicando que a dinâmica familiar

contribui tanto para proteção quanto para o risco emocional. Essa configuração ressalta a complexidade das relações de cuidado e os desafios na gestão de conflitos familiares.

Por sua vez, C4 descreve conflitos com o genitor de seu filho adolescente, que expressa cobrança e culpa direcionada a ela, percebida como responsável pela ausência paterna. Observa-se que, atualmente, as questões relacionadas à sexualidade do adolescente apresentam maior destaque em relação aos sintomas de oposição, sugerindo que as preocupações parentais se reorganizam conforme o desenvolvimento da criança e os desafios atuais se apresentam.

Nesse sentido, os achados reforçam a necessidade de intervenções que reconheçam as cuidadoras como sujeitos de cuidado e não apenas como coadjuvantes no tratamento da criança. O modelo de atenção psicossocial defende que o cuidado deve ser centrado no território e nas redes, envolvendo ações que promovam a autonomia e a saúde mental de toda a família (Silva; Souza; Souza, 2022; Tavares, 2020; Brasil, 2014).

Assim, torna-se fundamental incluir estratégias de acolhimento, escuta qualificada e apoio psicossocial voltadas aos familiares cuidadoras, especialmente diante do histórico intergeracional de sofrimento psíquico e negligência percebido nos relatos de C1 e C2.

A Terapia Ocupacional, nesse contexto, pode contribuir por meio da criação de espaços de convivência e escuta que favoreçam a reconstrução da identidade pessoal, a elaboração das experiências de cuidado e o fortalecimento da autonomia das cuidadoras. Como destacam Táparo, Constantidinis e Cid (2024) e Mata *et al.*, (2023), as ações da TO na Rede de Atenção Psicossocial envolvem o uso do cotidiano como eixo terapêutico, promovendo o bem-estar, a participação social e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.

Além disso, a atuação intersetorial da TO pode favorecer o acesso a recursos e serviços de apoio, reduzindo o isolamento e ampliando as possibilidades de cuidado compartilhado, em consonância com os princípios do modelo de atenção psicossocial.

Em suma, as observações apontam para a centralidade da ausência ou fragilidade de redes de apoio, o impacto de experiências maternas precoces e a sobreposição de responsabilidades parentais com a saúde mental. A ausência de suporte efetivo está associada a sentimentos de solidão, sobrecarga e dificuldades no manejo das demandas familiares, influenciando tanto a percepção de parentalidade quanto o cuidado com a própria saúde emocional.

4. Considerações finais: como esses dados sobre sintomas apresentados pelas crianças e adolescentes e seus cuidadores, saúde mental das cuidadoras e impactos do TOD no cotidiano familiar se conectam.

Os dados deste estudo evidenciam de forma contundente os desafios vivenciados pelos familiares cuidadoras de crianças e adolescentes com Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD) atendidos no CAPSi, revelando a complexa relação entre os sintomas clínicos das crianças, a saúde mental e a percepção de autoeficácia dessas cuidadoras, bem como os recursos e fragilidades presentes em suas redes de apoio.

A amostra, composta exclusivamente por mulheres (três mães e uma avó) com idades entre 32 e 56 anos, majoritariamente casadas ou divorciadas e sem inserção formal no mercado de trabalho, reflete o padrão de feminilização do cuidado descrito por Moschkowich (2022) e Moraes (2020).

Essas cuidadoras desempenham o cuidado cotidiano em contextos de vulnerabilidade socioeconômica, com renda familiar de até dois salários mínimos e famílias numerosas em alguns casos (como C1, com sete membros). Esse dado reforça a literatura que indica que o acúmulo de tarefas domésticas e de cuidado, associado à baixa condição socioeconômica, pode potencializar a sobrecarga e o adoecimento psíquico de cuidadoras (Daltro *et al.*, 2018; Buriola *et al.*, 2016).

No que se refere às crianças e adolescentes, observou-se alta complexidade clínica: presença universal de TDAH como comorbidade, além de outros diagnósticos ou hipóteses (transtornos psicóticos, transtorno afetivo bipolar, TEA e epilepsia), e tempo de tratamento no CAPSi variando entre um e sete anos. Os resultados do SNAP-IV apontaram sintomas de TOD em níveis moderados a graves em quase toda a amostra, com escores muito elevados em hiperatividade/impulsividade e considerável variabilidade em desatenção.

Essa gravidade sintomatológica está em consonância com estudos que apontam para a alta frequência e intensidade de comorbidades psiquiátricas associadas ao TOD, que amplificam as dificuldades comportamentais e exigem intervenções multiprofissionais intensivas e prolongadas (Zolin, 2024; Brites, 2021; Costa *et al.*, 2019).

Essas características clínicas parecem repercutir diretamente sobre a vivência subjetiva das cuidadoras. Os dados do PSOC mostraram níveis predominantemente médios de competência parental, mas com grande disparidade individual: enquanto C2 apresentou altos níveis de eficácia e satisfação parental, C4 exibiu baixos escores em ambas as dimensões e C1 apresentou baixa eficácia, apesar de satisfação mediana.

A literatura aponta que a percepção de baixa autoeficácia parental está associada ao aumento do estresse e ao sentimento de impotência diante das dificuldades comportamentais da criança (Moraes, 2020; Sevigny; Loutzenhiser, 2010). De modo coerente, foram justamente C1 e C4 — que relataram pior saúde mental e exaustão emocional — as que apresentaram menores escores no PSOC, sugerindo forte inter-relação entre sofrimento psíquico e percepção de competência parental (Daltro *et al.*, 2018; Araujo; Guazina, 2017).

A análise qualitativa reforçou essa relação: todas as cuidadoras relataram mudanças negativas em sua saúde mental após assumirem o papel de cuidadoras principais, incluindo sintomas de ansiedade, depressão, síndrome do pânico e exaustão. C1 e C4 classificaram sua saúde mental como "muito ruim" e relataram não ter tempo nem energia para cuidar de si, indicando uma rotina centrada exclusivamente no cuidado da criança.

Esse padrão de “sacrifício parental”, descrito por Pereira e Tssalis (2020), costuma estar relacionado a maior risco de adoecimento e à restrição da participação social. Por outro lado, C2 e C3 apontaram a fé e espiritualidade como recurso de enfrentamento, o que é reconhecido na literatura como um fator protetivo que pode atenuar o impacto do estresse parental (Brito; Faro, 2016).

A percepção de ausência de apoio — relatada principalmente por C1 e C4 — revelou-se um fator agravante, reforçando a importância das redes de suporte formais e informais na sustentação do cuidado e na preservação da saúde mental do cuidador (Santos *et al.* 2023; Moraes, 2020; Borges *et al.*, 2020).

Mesmo reconhecendo a necessidade de ajuda psicológica, as cuidadoras relatam sentir-se impedidas de buscar tratamento por não terem com quem deixar seus filhos, o que as coloca em um ciclo de sobrecarga e negligência involuntária do autocuidado. Esse cenário expressa uma lacuna no modelo de atenção psicossocial, que frequentemente trata a família apenas como recurso de cuidado e não como sujeito de cuidado — contrariando os princípios de integralidade e acolhimento que fundamentam a RAPS (Sampaio; Bispo Júnior, 2021; Brasil, 2014).

À luz da Terapia Ocupacional, os achados revelam um padrão ocupacional restrito e centrado exclusivamente no papel de cuidadora, com baixa participação em outras atividades significativas e ausência de tempo para o autocuidado. A literatura aponta que essa restrição pode comprometer a saúde mental e a qualidade de vida do cuidador (Santos *et al.*, 2023; Moraes, 2020; Borges *et al.*, 2020).

A atuação da Terapia Ocupacional nesse contexto pode contribuir para: reorganizar as rotinas familiares, facilitar o acesso a momentos de pausa e autocuidado, fortalecer a percepção de competência parental e promover espaços de escuta e apoio psicossocial, valorizando as capacidades já existentes dessas mulheres (Táparo; Constantidinis; Cid, 2024; Arantes *et al.*, 2024; Taño *et al.*, 2021). Além disso, a inclusão das cuidadoras em ações grupais no CAPSi pode favorecer a construção de redes de apoio, a troca de experiências e a redução do sentimento de isolamento.

Portanto, os resultados deste estudo reforçam que o cuidado a crianças e adolescentes com TOD não pode ser pensado de forma isolada, restrita ao tratamento clínico da criança, mas sim de maneira integrada e sistêmica, envolvendo a família cuidadora como parte do projeto terapêutico.

A articulação entre o CAPSi e os demais pontos da RAPS deve priorizar o acolhimento e o suporte psicossocial às cuidadoras, oferecendo dispositivos de cuidado que contemplem suas necessidades subjetivas, sociais e ocupacionais. Tal abordagem integrada pode contribuir não apenas para a melhoria da saúde mental das cuidadoras, mas também para o fortalecimento do vínculo e da qualidade do cuidado oferecido às crianças e adolescentes, favorecendo a efetividade do tratamento em saúde mental infantojuvenil.

ESTUDO 3 – ELABORAÇÃO DO PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO PARENTAL EM TERAPIA OCUPACIONAL PARA CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TOD – PROPTO-TOD

1. Método

A elaboração do Programa de Orientação Parental em Terapia Ocupacional para Cuidadores de Crianças e Adolescentes com Transtorno Opositor Desafiador (PROPTO-TOD) ocorreu em etapas interrelacionadas, fundamentadas em dados científicos e na realidade cotidiana das famílias participantes (Estudos 1 e 2).

Na primeira etapa, a Revisão da Literatura serviu de base para a definição da estrutura inicial do programa. Foram estruturadas em estratégias de intervenção parental já validadas em contextos clínicos e educacionais (Estudo 1) e também, nas práticas de cuidado relacionadas à saúde mental do familiar cuidador e da criança/adolescente com TOD e preceitos sobre psicoeducação, manejo de comportamento opositor e suporte à parentalidade.

Esses achados permitiram organizar uma estrutura preliminar do programa, dividido em módulos temáticos correspondentes a áreas primordiais de intervenção (ex.: compreensão do TOD, estratégias de comunicação, regulação emocional, autocuidado do cuidador).

Na segunda etapa, foram incorporados os dados empíricos advindos do cotidiano familiar, coletados junto aos cuidadores principais (Estudo 2). O conceito de cotidiano, amplamente discutido na Terapia Ocupacional, refere-se ao conjunto de atividades, papéis e significados que estruturam a vida diária dos sujeitos, constituindo-se como espaço de construção de identidade, relações e saúde (Galheigo, 2003). Assim, compreender o cotidiano das famílias permitiu identificar, por meio da análise de conteúdo (Bardin, 2016), os núcleos de sentido que expressam necessidades, desafios e recursos mobilizados na vivência do cuidado.

A integração entre os dados da literatura e as informações oriundas do cotidiano familiar possibilitou ajustes e contextualizações na proposta inicial, de modo que os conteúdos e estratégias do PROPTO-TOD contemplassem tanto recomendações teóricas quanto demandas reais das famílias. Dessa forma, o programa foi organizado em módulos progressivos, cada qual com objetivos, conteúdos centrais, atividades práticas e materiais

de apoio, estruturados de acordo com três critérios principais: relevância científica, pertinência prática e viabilidade no campo da Terapia Ocupacional.

O resultado é um programa híbrido, fundamentado na articulação entre teoria e prática, no qual o cotidiano é entendido não apenas como cenário de expressão das dificuldades enfrentadas, mas também como espaço de intervenção e potencial transformação, favorecendo a construção de estratégias de cuidado adaptadas à realidade das famílias.

Os objetivos, o referencial teórico, a estrutura do programa e os resultados esperados serão apresentados no campo resultados e discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ESTUDO 3 – ELABORAÇÃO DO PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO PARENTAL EM TERAPIA OCUPACIONAL PARA CUIDADORES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TOD – PROPTOD-TO

Após ser abordado quais intervenções/estratégias de orientação parental são sugeridos pela literatura no Estudo 1 e identificar desafios vivenciados no cotidiano pelas cuidadoras de crianças e adolescentes com Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD) no Estudo 2, será discutido no Estudo 3 a proposta de um Programa de Orientação Parental em Terapia Ocupacional para cuidadores de crianças e adolescentes com TOD.

Os resultados serão apresentados conforme a estruturação do Programa nomeado PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO PARENTAL EM TERAPIA OCUPACIONAL PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM O TRANSTORNO OPOSITIVO DESAFIADOR: PROPTO-TOD, a saber:

1. Pressupostos do programa PROPTO- TOD.
2. Referencial teórico do PROPTO-TOD.
3. Fundamentação e justificativa do PROPTO-TOD.
4. Objetivos do PROPTO-TOD.
5. Estrutura do PROPTO-TOD.
6. Avaliação dos resultados.
7. Resultados esperados.

1. Pressupostos do programa PROPTO- TOD.

O Programa de Orientação Parental em Terapia Ocupacional para cuidadores de crianças e adolescentes com Transtorno Opositivo-Desafiador (PROPTO-TOD) foi idealizado a partir de pressupostos teóricos e práticos que articulam o modelo de atenção psicossocial e o conceito de cotidiano na Terapia Ocupacional, integrando-os às evidências científicas atuais sobre intervenções familiares no manejo do TOD. Esses pressupostos visam orientar a estruturação de ações voltadas à promoção da saúde mental das cuidadoras e à reorganização do cotidiano familiar, reconhecendo a importância do papel parental no tratamento em saúde mental infantojuvenil.

Em primeiro lugar, o programa parte da compreensão de que a família, e especialmente as cuidadoras (majoritariamente mulheres) principais, devem ser reconhecidas como sujeitos de cuidado e não apenas como recursos de cuidado para a

criança. Esse princípio está alinhado ao modelo de atenção psicossocial, que propõe práticas pautadas na integralidade, no acolhimento e na corresponsabilização, considerando as necessidades subjetivas, sociais e ocupacionais dos cuidadores como parte do projeto terapêutico singular no CAPSi.

Em segundo, reconhece-se à centralidade do cotidiano compreendendo-o como espaço de construção de sentidos, identidades e participação social. Assim, as ações do PROPTO-TOD buscam favorecer a reorganização do cotidiano familiar, promovendo um equilíbrio entre os diferentes papéis e ocupações desempenhados pelas cuidadoras (cuidado, autocuidado, lazer, atividades domésticas e trabalho), de modo a contribuir para a promoção da saúde mental e da qualidade de vida. Diante disso, a atuação da Terapia Ocupacional, em parceria com os familiares cuidadores, torna-se fundamental para promover estratégias práticas e sustentáveis no ambiente familiar.

Reconhecendo os impactos negativos da sobrecarga de cuidado e do estresse crônico sobre a saúde mental, o PROPTO-TOD também se fundamenta na promoção da saúde mental e prevenção do adoecimento das cuidadoras, oferecendo estratégias para fortalecimento de habilidades de enfrentamento, autocuidado e construção de redes de suporte. Entende-se que o bem-estar das cuidadoras é condição necessária para a qualidade do cuidado ofertado às crianças e adolescentes com TOD.

As intervenções propostas têm caráter colaborativo, participativo e contextualizado, construídas em diálogo com as cuidadoras e adaptadas às suas realidades socioculturais, reconhecendo tanto as vulnerabilidades quanto os recursos presentes em seus contextos de vida. Busca-se, assim, valorizar o protagonismo e a corresponsabilização das cuidadoras, evitando abordagens prescritivas centradas exclusivamente na criança ou adolescente. Mais do que um grupo de orientação, este é um espaço de acolhimento, escuta e transformação. Ao fortalecer os pais, fortalece-se também as crianças/adolescentes, promovendo um ambiente mais seguro, afetivo e favorável ao desenvolvimento saudável de todos os envolvidos.

Outro pressuposto do programa é o fortalecimento da competência parental e dos vínculos familiares como estratégia para redução dos comportamentos opositores, desafiadores e impulsivos. As ações visam promover habilidades parentais positivas, comunicação não violenta e práticas educativas consistentes, priorizando o fortalecimento do vínculo afetivo entre cuidadoras e crianças/adolescentes.

Por fim, porém não menos importante, o PROPTO-TOD se baseia na articulação em rede e na intersectorialidade, entendendo que o cuidado não se restringe ao âmbito do CAPSi, mas requer a conexão com outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), da rede de educação, da assistência social e dos eixos de cultura, esporte e lazer, a fim de potencializar o acesso a direitos e favorecer a construção de redes de apoio formais e informais.

Dessa forma, o PROPTO-TOD assume como pressuposto central que cuidar da cuidadora é parte indissociável do cuidado à criança com TOD, e que a reorganização do cotidiano familiar com suporte psicossocial constitui uma estratégia potente para reduzir a sobrecarga, fortalecer vínculos e ampliar a efetividade do tratamento em saúde mental infantojuvenil.

2. Referencial teórico do PROPTO-TOD:

O Programa de Orientação Parental em Terapia Ocupacional para cuidadores de crianças e adolescentes com Transtorno Opositivo-Desafiador (PROPTO-TOD) fundamenta-se em dois eixos teóricos principais: o modelo de atenção psicossocial e o conceito de cotidiano na Terapia Ocupacional. A articulação desses referenciais sustenta a centralidade da família como sujeito de cuidado e a reorganização do cotidiano familiar como estratégia de promoção da saúde mental e do bem-estar no contexto da saúde mental infantojuvenil.

O modelo de atenção psicossocial constitui o paradigma que orienta a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil e propõe práticas pautadas na integralidade, acolhimento, territorialização, interdisciplinaridade e participação social (Brasil, 2014). Ao contrário do modelo hospitalocêntrico, esse modelo compreende o cuidado em saúde mental como um processo contínuo, comunitário e centrado na vida cotidiana, priorizando intervenções que considerem as dimensões subjetivas, familiares e socioculturais do sujeito com sofrimento psíquico.

No âmbito do cuidado infantojuvenil, esse modelo reconhece a família como parte constitutiva do processo terapêutico, tanto como recurso de apoio quanto como sujeito com demandas próprias de cuidado. No entanto, estudos recentes indicam que, na prática, as ações dos serviços de saúde mental frequentemente tratam a família apenas como colaboradora no tratamento da criança, negligenciando suas necessidades específicas (Santos *et al.*, 2023; Taño *et al.*, 2021; Sampaio; Bispo Júnior, 2021). Essa lacuna justifica

a criação de dispositivos que acolham as cuidadoras como usuárias legítimas dos serviços, oferecendo suporte psicossocial e espaços de escuta qualificada.

Dessa forma, o PROPTO-TOD insere-se no campo da atenção psicossocial ao propor ações que visam reduzir a sobrecarga, promover a saúde mental e fortalecer as redes de apoio das cuidadoras, entendendo que o bem-estar delas é condição para o cuidado qualificado das crianças e adolescentes com TOD e para a efetividade dos projetos terapêuticos singulares construídos no CAPSi.

O segundo eixo teórico do PROPTO-TOD é o conceito de cotidiano na Terapia Ocupacional, compreendido como o conjunto de atividades, papéis e rotinas que estruturam a vida diária e dão sentido à existência (Galheigo, 2020). O cotidiano é visto como espaço de produção de subjetividades, construção de identidades e participação social, sendo atravessado por condições socioeconômicas, culturais e políticas.

A literatura da Terapia Ocupacional aponta que situações de sofrimento psíquico e vulnerabilidade tendem a restringir o repertório ocupacional e provocar desequilíbrio entre os diferentes papéis e ocupações, especialmente entre mulheres cuidadoras (Moraes, 2020; Santos *et al.*, 2023). Esse padrão, observado no presente estudo, caracteriza-se por rotinas centradas exclusivamente no cuidado da criança/adolescente, com prejuízo para o autocuidado, o lazer, a vida social e o trabalho, favorecendo o surgimento de sintomas de exaustão, ansiedade e depressão (Buriola *et al.*, 2016; Daltro *et al.*, 2018).

Nesse sentido, o PROPTO-TOD toma o cotidiano como eixo de intervenção, propondo ações que favoreçam a reorganização das rotinas familiares, o resgate de ocupações significativas e a construção de estratégias práticas de autocuidado e participação social. Tais ações visam ampliar a autonomia, a autoeficácia parental e a qualidade de vida das cuidadoras, contribuindo para um ambiente familiar mais estável e favorável ao desenvolvimento da criança e/ou adolescente.

A integração entre o modelo de atenção psicossocial e o conceito de cotidiano permite ao PROPTO-TOD propor um cuidado centrado nas cuidadoras, territorializado e sensível às suas realidades de vida, ao mesmo tempo em que busca produzir mudanças concretas na organização do cotidiano e na dinâmica familiar. Essa abordagem reconhece que cuidar das cuidadoras é parte indissociável do cuidado às crianças e adolescentes com TOD, e que a promoção da saúde mental e do bem-estar das cuidadoras é condição necessária para a efetividade do tratamento em saúde mental infantojuvenil.

3. Fundamentação e justificativa do PROPTO-TOD

Baseado nos dados encontrados no estudo 1 desta pesquisa de doutorado, observa-se que revisão integrativa identificou 12 tipos distintos de intervenções familiares para TOD publicadas entre 2020 e 2024, predominantemente desenvolvidas por psicólogos e psiquiatras, com ênfase em modelos estruturados de treinamento parental (Parent Management Training - PMT), Soluções Colaborativas e Proativas (CPS), Resistência Não Violenta (NVR) e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), além de recursos como mindfulness, aconselhamento, uso de metáforas, exercícios práticos de regulação emocional e apoio remoto (livretos, vídeos, chamadas telefônicas, aplicativos).

Apesar da diversidade e eficácia apontadas, nenhuma das intervenções identificadas envolveu ações específicas de terapeutas ocupacionais, revelando uma lacuna de atuação da TO no campo do TOD, especialmente em contextos brasileiros.

Os dados do estudo 2 mostraram que as cuidadoras (todas mulheres, mães e uma avó, em vulnerabilidade socioeconômica) apresentam: alta sobrecarga física e emocional, sintomas de ansiedade, depressão e exaustão; baixa percepção de autoeficácia parental, especialmente nas que relataram pior saúde mental; rotinas centradas exclusivamente no cuidado da criança e do adolescente, com ausência de tempo para autocuidado e atividades significativas; fragilidade ou ausência de rede de apoio e impossibilidade de buscar atendimento psicológico para si mesmas, perpetuando o ciclo de sobrecarga; crianças/adolescentes com TOD em nível moderado a grave, com múltiplas comorbidades (TDAH, TEA, transtornos afetivos e psicóticos), demandando cuidado contínuo e complexo.

Logo, a Terapia Ocupacional, por sua abordagem centrada no cotidiano, nos papéis ocupacionais e na promoção da saúde mental em contextos reais de vida, tem potencial único para reorganizar cotidianos familiares, fortalecer a percepção de competência parental e construir de forma conjunta espaços de autocuidado, o que justifica a criação deste programa.

Assim, torna-se fundamental desenvolver e testar um programa de orientação parental em Terapia Ocupacional, fundamentado no modelo de atenção psicossocial e no conceito de cotidiano, com foco no fortalecimento da competência parental, reorganização da rotina e promoção da saúde mental das cuidadoras. Este projeto contribuirá para

preencher essa lacuna, oferecendo uma intervenção culturalmente sensível, contextualizada e aplicável à rede pública de saúde mental infantojuvenil.

4. Objetivos do PROPTO-TOD

- Reconhecer os impactos dos comportamentos de crianças e adolescentes com TOD na rotina e saúde mental das cuidadoras.
- Promover espaços de escuta, acolhimento e trocas de experiências entre cuidadoras, a fim de identificar barreiras e facilitadores para o autocuidado, a participação social e ao acesso a suporte psicossocial por parte dessas cuidadoras.
- Estimular a construção de rotinas familiares mais equilibradas, com inclusão de autocuidado e atividades significativas.
- Favorecer o desenvolvimento de estratégias de manejo positivo dos comportamentos opositores e impulsivos através da ampliação da percepção de competência parental.
- Fortalecer as redes de apoio formais e informais das cuidadoras.
- Integrar as ações do CAPSi e da RAPS à realidade ocupacional das famílias.

5. Estrutura do PROPTO-TOD

Idealiza-se que o Programa de Orientação Parental em Terapia Ocupacional para cuidadoras de crianças e adolescentes com Transtorno Opositivo-Desafiador (PROPTO-TOD) será desenvolvido no âmbito do CAPSi, com enfoque grupal, participativo e centrado no cotidiano das participantes.

Sua estrutura foi delineada a partir dos pressupostos do modelo de atenção psicossocial e do conceito de cotidiano na Terapia Ocupacional, buscando articular estratégias de apoio psicossocial, fortalecimento de competências parentais e reorganização das rotinas familiares.

O programa será composto por oito encontros semanais, sendo o primeiro de apresentação e integração e o último de avaliação da aplicação das estratégias construídas; com duração aproximada de 60 minutos cada, conduzidos por terapeutas ocupacionais do serviço. Poderão ser incluídos outros profissionais da equipe do CAPSi (psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras) como colaboradores pontuais, conforme a demanda dos temas abordados, mantendo-se, porém, a centralidade da Terapia Ocupacional na condução

do processo. A quantidade de familiares em cada grupo, pode ser variável, iniciando com as quatro famílias incluídas neste estudo.

A estrutura básica o PROPTO- TOD com duração de uma hora, contemplará um acolhimento inicial, seguido pela atividade central e fechamento. O programa utilizará estratégias participativas e centradas na experiência cotidiana das cuidadoras, como rodas de conversa, oficinas de criação de materiais (mapas de rotina, agendas visuais, planos de autocuidado), dramatizações, exercícios de relaxamento e atividades de compartilhamento de experiências. Serão utilizados recursos visuais e materiais acessíveis (cartazes, figuras, livretos informativos, planilhas e aplicativos gratuitos para organização de rotina). Abaixo, no Quadro 20, segue a estrutura geral do programa.

Quadro 20 – Descrição da estrutura do Programa de Orientação Parental em Terapia Ocupacional

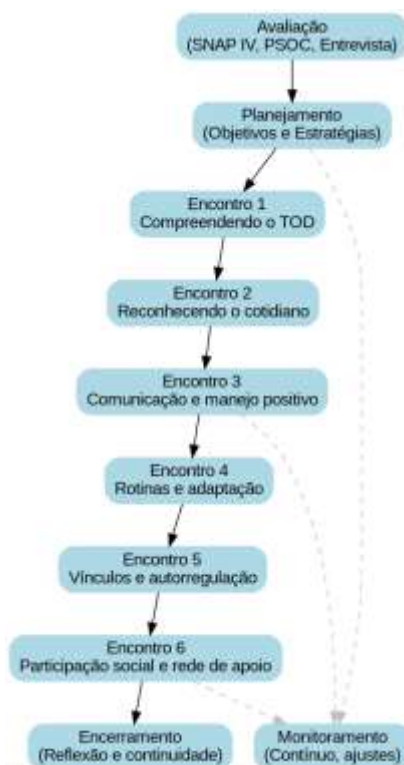
Etapas	Descrição
Avaliação	- A ser realizada na etapa 2, composta por dois instrumentos padronizados (SNAP IV e PSOC) a fim de verificar como os pais observam os sintomas opostos e desafiadores em suas crianças e adolescentes, bem como o seu próprio senso de competência parental e entrevista semiestruturada (roteiro desta pesquisa), contendo elementos de como a cuidadora observa a rotina familiar, as demandas cotidianas, a rede apoio e a própria saúde mental.
Planejamento	Encontro 1: - Definição de objetivos em conjunto com a família. - Construção de estratégias baseadas nas ocupações reais e significativas para a família, com coparticipação das famílias.
Intervenções em grupo	- Encontros semanais (6 semanas), com temáticas: 2. Compreendendo o TOD e seus impactos 3. Reconhecendo o cotidiano: desafios e potencialidades. 4. Estratégias de comunicação e manejo positivo de comportamentos. 5. Rotinas familiares e adaptação de atividades. 6. Fortalecimento dos vínculos familiares e autorregulação emocional. 7. Participação social, acesso ao suporte psicossocial e autonomia do núcleo familiar.
Monitoramento	- Avaliação contínua e ajustes necessários no plano de intervenção. - Encorajamento ao uso de estratégias no cotidiano e reflexão dos resultados.
Encerramento	Encontro 8: - Avaliação dos progressos, conquistas e desafios. - Planejamento de estratégias de continuidade e apoio pós-programa.

Fonte: Elaboração Própria

5.1 Estrutura específicas de cada encontro:

Os encontros serão realizados conforme a figura 1.

Figura 1 – Cronograma Encontros



Fonte: Elaboração Própria

A descrição de cada encontro contendo objetivos, dinâmica de apresentação e recursos que poderão ser utilizados nos encontros conforme explicitados abaixo. O processo terá um monitoramento contínuo a fim de realizar os ajustes necessários.

Encontro 1: planejamento do programa

O Encontro 1, tem como ponto de partida os dados obtidos no Estudo 2, a partir dos instrumentos SNAP-IV, PSOC e da entrevista semiestruturada. Neste momento inicial, serão apresentados às famílias os objetivos do programa e serão levantadas as expectativas das cuidadoras em relação aos encontros, permitindo alinhar necessidades, demandas e possibilidades de intervenção.

Esta primeira versão será implementada como um projeto piloto junto às cuidadoras participantes da pesquisa, possibilitando observar a aplicabilidade das propostas e realizar ajustes necessários. Após essa etapa, o programa será ampliado para outros grupos familiares, reiniciando o processo de coleta de informações (instrumentos e entrevista) a fim de garantir que cada turma receba um planejamento sensível às suas particularidades e ao seu contexto.

Objetivo:

- Apresentar os integrantes do grupo e construir vínculo grupal;
- Acolher as participantes, mapeando expectativas e apresentar os objetivos do programa;

Dinâmicas de apresentação:

- Acolhimento (20 min): breve retomada dos resultados da avaliação (SNAP IV, PSOC e entrevista semiestruturada);
- Apresentação do programa (10 min);
- Identificar as expectativas das famílias (20 min).
- Fechamento (10 min): pactuação para os próximos encontros.

Recursos didáticos:

- Para o acolhimento inicial, usaremos a folha impressa com as tabelas que trazem os resultados.
- Para apresentação do programa usaremos o material impresso, intitulado estudo 3 resultados e discussão.
- Para registro das expectativas serão escritas em uma cartolina ou folha de papel pardo como uma “tempestade de ideias” para ficar claro e visível para todas as participantes.
- A terapeuta ocupacional também poderá usar um diário de campo para registro da evolução do programa em todas as etapas.

Encontro 2: Compreendendo o TOD e seus impactos

O Encontro 2, foi concebido a partir das informações presentes no Bloco 2 da entrevista semiestruturada, que abordou os comportamentos da criança no contexto familiar sob a perspectiva das cuidadoras. Os relatos evidenciaram dificuldades recorrentes na imposição de limites, desafios relacionados aos estilos parentais e a presença de comportamentos marcadamente opositores e desafiadores.

Diante desse cenário, este encontro busca aprofundar a compreensão sobre o Transtorno Opositor Desafiador (TOD), suas manifestações e repercussões no cotidiano, favorecendo que as cuidadoras reconheçam as características do transtorno, diferenciem-no

de comportamentos típicos do desenvolvimento e compreendam como tais dinâmicas afetam a relação familiar.

Objetivo:

- Favorecer entendimento do TOD e seus efeitos no cotidiano familiar.

Dinâmica de apresentação:

- Exposição dialogada (15 min).
- Dinâmica “Mitos e verdades” (15 min).
- Roda de reflexão (15 min).
- Síntese (15 min).

Recursos didáticos:

- Para a exposição dialogada utilizaremos slides didáticos, dinâmicos e de que atendam o nível de entendimento e compreensão das famílias.
- Para a dinâmica, utilizaremos afirmações elaboradas pela pesquisadora ou disponíveis na internet e cartões/placas “mito/verdade” para que as cuidadoras possam levantar de acordo com sua percepção. Exemplo: “O TOD é apenas um problema de disciplina”. Resposta: “MITO”.
- Para roda de reflexão, profissional utilizará o diário de campo para registrar as percepções.
- Após a síntese de tudo que foi dialogado, solicitaremos que as cuidadoras identifiquem uma situação de conflito no cotidiano familiar na semana para a próxima dialogar no próximo encontro.

Encontro 3: Estratégias de comunicação e manejo positivo de comportamentos.

O Encontro 3, foi desenvolvido a partir de elementos presentes no Bloco 3 da entrevista semiestruturada, que abordava os impactos dos comportamentos opositores e desafiadores no ambiente familiar. Os relatos das cuidadoras evidenciaram que, diante da intensidade e imprevisibilidade desses comportamentos, muitas recorrem a estratégias de manejo que, embora funcionais em curto prazo, nem sempre se mostram sustentáveis ou eficazes ao longo do tempo.

A ausência de apoio, o esgotamento emocional e a necessidade de respostas imediatas fazem com que práticas de comunicação e contenção ocorram, por vezes, de forma reativa, reforçando a importância de promover espaços de reflexão sobre alternativas mais positivas, acolhedoras e consistentes para o cotidiano.

Objetivo:

- Desenvolver comunicação assertiva e estratégias de manejo.

Dinâmica de apresentação:

- Retomada (10 min).
- Exposição breve (10 min).
- Dramatização de situações de conflito (20 min).
- Discussão/reflexão (10 min).
- Síntese (10 min).

Recursos didáticos:

- Para exposição breve slides simples e didáticos.
- Para dramatização, roteiros de situações elaborados junto com as participantes.
- Após a dramatização, utilizar exemplos práticos de como se comunicar de maneira mais assertiva, expressando sentimentos e necessidades, de acordo com as situações representadas.
- Para a próxima semana, testar uma frase assertiva em casa.

Encontro 4: Reconhecendo o cotidiano: desafios e potencialidades.

O Encontro 4 surge a partir da análise das respostas das cuidadoras no estudo 2, especialmente no bloco que aborda como os comportamentos opositores e desafiadores impactam a dinâmica familiar. As narrativas evidenciam um cotidiano atravessado por vigilância constante, tensões e adaptações diárias. Muitas relatam estar sempre em alerta, limitando saídas, reorganizando a casa para evitar riscos e vivendo sob preocupação permanente, inclusive quando a criança está na escola. O início desses comportamentos provocou nervosismo generalizado, embora algumas famílias tenham desenvolvido estratégias para lidar com as crises. No entanto, a sobrecarga permanece evidente: a vida

social reduz-se drasticamente, o autocuidado torna-se quase inexistente e o trabalho formal ou regular se torna inviável para algumas cuidadoras.

O tempo e a rotina passam a ser moldados prioritariamente pelas demandas da criança, ampliando discussões familiares e exigindo reorganizações profundas do cotidiano. Essas vivências revelam não apenas os desafios enfrentados, mas também a necessidade de espaços que favoreçam a reflexão, o apoio mútuo e o fortalecimento das estratégias já construídas por essas famílias.

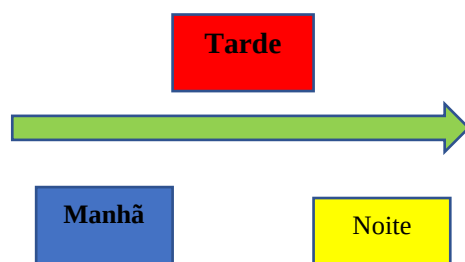
Objetivo:

- Mapear cotidiano e identificar sobrecargas e pontos positivos.

Dinâmica de apresentação:

- Retomada (10 min).
- Linha do tempo da rotina (20 min) (figura 2).
- Discussão em grupo (15 min).
- Síntese (15 min).

Figura 2 – Linha do tempo rotina



Fonte: Elaboração Própria

Recursos didáticos:

- Para retomada solicitaremos que as cuidadoras relatem a situação de conflito vivenciada na semana.
- Para elaboração da rotina utilizaremos folha A4 e canetas.
- Para discussão em grupo, profissional utilizará o diário de campo para registrar as percepções.

- Após a síntese, solicitaremos que as cuidadoras registrem uma situação positiva do cotidiano familiar para a próxima semana.

Encontro 5: Rotinas familiares e adaptação de atividades.

O Encontro 5, foi desenvolvido com base nas respostas do Bloco 2, especialmente às perguntas sobre como os comportamentos opositores e desafiadores afetam a dinâmica familiar e o funcionamento do dia a dia. Os relatos das cuidadoras evidenciam que as rotinas são profundamente impactadas, exigindo constante supervisão e ajustes na organização doméstica. Muitas descrevem a necessidade de “ficar muito em cima”, a dificuldade em estabelecer limites e a sensação permanente de alerta, mesmo quando a criança está na escola.

Observa-se também que os comportamentos desafiadores afetam não apenas a rotina prática, mas o clima emocional da família, que frequentemente se percebe tenso, preocupado e com pouca tolerância entre irmãos. Para algumas cuidadoras, isso implica restrição da vida social e receio de permitir interações externas, limitando-se a deslocamentos essenciais como casa, tratamento e escola. Ao mesmo tempo, nota-se que as mudanças ao longo do desenvolvimento, como comportamentos que eram mais tranquilos na infância e se intensificaram com o crescimento, reforçam a necessidade de repensar rotinas e adaptar atividades às demandas atuais. Assim, este encontro busca apoiar as famílias na reorganização de tarefas, definição de estratégias de previsibilidade e criação de ambientes estruturados que favoreçam maior bem-estar e funcionalidade no cotidiano.

Objetivo:

- Estruturar rotinas funcionais e adaptadas às necessidades da família.

Dinâmica de apresentação:

- Retomada (10 min).
- Construção de quadro de rotina (20 min) (figura 3).
- Discussão em grupo (15 min).
- Síntese (15 min).

Figura 3 – Exemplo de Quadro de Rotina Semanal

HORARIO SEMANAL						
ROTINAS DA SEMANA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	

Fonte: Google imagens

Recursos didáticos:

- Para a construção de quadros de rotina apresentaremos modelos de quadros.
- Inicialmente serão construídos em um papel A4 por cada cuidador familiar participante, posteriormente poderão ser reproduzidos em um material maior e mais durável.
- Após a síntese, solicitaremos testar uma mudança simples na rotina para a próxima semana.

Encontro 6: Fortalecimento dos vínculos familiares e autorregulação emocional.

O Encontro 6 é fundamentado nas respostas do Bloco 3, que revelam não apenas a ausência de rede de apoio, mas também um nível significativo de desgaste emocional, sofrimento psicológico e dificuldades de autocuidado entre as cuidadoras. Muitos relatos indicam sensação de esgotamento total — “muito desanimada para tudo”, “quero só ficar deitada”, “estou explodindo” —, além de sobrecargas agravadas por experiências de violência doméstica, relacionamentos abusivos e falta de apoio material e afetivo.

Algumas participantes relatam buscar força na fé, enquanto outras demonstram pensamentos de fuga ou desesperança, como “penso em largar tudo e sumir no mundo”, sinalizando um estado emocional frágil e vulnerável. Essa combinação de exaustão, isolamento e pressões cotidianas repercute diretamente na qualidade das interações

familiares, dificultando a construção de vínculos positivos e a disponibilidade emocional para lidar com comportamentos desafiadores das crianças.

Diante desse contexto, este encontro tem como propósito promover o fortalecimento dos vínculos afetivos familiares, oferecendo um espaço seguro de acolhimento e reconhecimento das dificuldades vividas. Busca-se desenvolver estratégias de autorregulação emocional, apoiando as cuidadoras na identificação de suas próprias necessidades, no manejo de emoções intensas, na construção de limites saudáveis e no resgate de pequenas práticas de autocuidado possíveis em suas rotinas.

A intenção não é acrescentar mais exigências ao cotidiano já sobrecarregado, mas criar condições para que essas mulheres possam se perceber como sujeitos de cuidado, reconhecendo seus sofrimentos, seus recursos e suas potências. Assim, o encontro contribui para o equilíbrio emocional da cuidadora, favorece relações familiares mais seguras e acolhedoras e fortalece o núcleo familiar como um todo.

Objetivo:

- Fortalecer vínculo afetivo na família e estratégias de autorregulação familiar.

Dinâmica de apresentação:

- Retomada (10 min).
- Oficina de respiração/relaxamento (10 min).
- Discussão sobre momentos positivos (15 min).
- Partilha em duplas de estratégias pessoais para socialização e troca de experiências (15 min).
- Síntese (10 min).

Recursos didáticos:

- Para oficina de relaxamento/respiração colchonetes, música suave e óleo essencial.
- Para partilha em duplas, cartolina ou papel pardo para enumerar todas as estratégias levantadas.
- Para casa, solicitar que as cuidadoras separem 10 minutos na semana para realizar uma atividade significativa e prazerosa com sua criança/adolescente e 10 minutos para si mesmas.

Encontro 7: Participação social, suporte psicossocial e autonomia do núcleo familiar.

O Encontro 7, foi construído a partir das informações do Bloco 3 referentes à saúde mental materna e à presença — ou ausência — de rede de apoio. As respostas revelam um cenário marcado pela solidão no cuidado, pela sobrecarga emocional e pela falta de suporte consistente, tanto familiar quanto comunitário. A maioria das cuidadoras afirma não contar com rede de apoio, limitando-se, quando muito, à ajuda de profissionais de saúde ou de um único familiar, enquanto outras relatam apoio apenas espiritual ou religioso.

O cotidiano dessas mulheres é permeado por sentimentos de exaustão, insônia, preocupação constante e pela percepção de que precisam enfrentar tudo sozinhas, como expressões do tipo “me acostumei a viver sem apoio” e “sou só eu para dar conta das crianças”. Quando questionadas sobre o tipo de ajuda ideal, emergem pedidos que evidenciam sofrimento emocional significativo, como desejo de terapia, apoio psicológico, descanso, ou simplesmente a possibilidade de alguém cuidar da criança por alguns momentos.

Diante dessas demandas, este encontro propõe refletir sobre possibilidades de ampliação da participação social, identificação de recursos psicossociais disponíveis no território e fortalecimento gradual da autonomia familiar. Busca-se construir, em conjunto, caminhos que favoreçam maior circulação social, diminuição do isolamento, fortalecimento de vínculos e acesso a redes de apoio formais e informais, contribuindo para a sustentabilidade do cuidado e para o bem-estar de todo o núcleo familiar.

Objetivo:

- Refletir sobre rede de apoio e fomentar autonomia da família.

Dinâmica de apresentação:

- Retomada (10 min).
- Dinâmica de mapeamento da rede de apoio (15 min).
- Discussão sobre acesso a serviços (15 min).
- Síntese/reflexão final (20 min).

Recursos didáticos:

- Para mapear a rede de apoio individual, registro em uma folha A4.

- Para mapear serviços disponíveis, fluxograma apresentado em slide sobre fluxos da RAPS municipal e os critérios necessários para o acesso.
- A discussão sobre acesso será registrada no diário de bordo, bem como a síntese final do módulo.
- Para próxima semana, identificar uma pessoa/serviço para acionar em necessidade.

Encontro 8: encerramento.

O Encontro 8, “Encerramento”, marca a finalização do programa e tem como foco a avaliação conjunta dos progressos, conquistas e desafios vivenciados pelas cuidadoras ao longo dos encontros. Este momento busca favorecer uma reflexão sobre as mudanças percebidas nas rotinas, nas formas de lidar com os comportamentos desafiadores, nos vínculos familiares e no cuidado de si mesmas, reconhecendo avanços individuais e coletivos.

Além disso, o encontro dedica espaço ao planejamento de estratégias de continuidade, orientando as participantes a identificarem recursos e caminhos possíveis após o término do programa, tais como serviços da rede socioassistencial, apoio psicológico, espaços comunitários, grupos de mães, escolas e demais fontes de suporte formais e informais.

O objetivo é fortalecer a autonomia das famílias, oferecendo ferramentas para sustentarem o que foi construído e continuarem ampliando suas redes de apoio, de modo que o processo iniciado aqui possa seguir produzindo cuidado, proteção e bem-estar no cotidiano.

Objetivo:

- Avaliar progressos, conquistas e desafios;
- Planejar estratégias de continuidade e fontes de apoio pós-programa.

Dinâmica de apresentação:

- Acolhimento (15 min): resgate verbal do percurso vivido.
- Atividade de reflexão (15 min): “O que levo deste processo?”.
- Avaliação coletiva (15 min): partilha dos avanços, desafios ainda presentes e estratégias que funcionaram.

- Fechamento (15 min): entrega de lembrança simbólica, pactuação de continuidade (rede de apoio, autocuidado, uso das ferramentas trabalhadas).

5.2 Monitoramento:

Este processo será realizado de maneira contínua, avaliando o progresso e ajustando o plano conforme as necessidades. Para isso, a profissional irá observar a participação de cada membro nos encontros e fará perguntas breves de checagem a cada encontro. Todo monitoramento será registrado no diário de campo do grupo.

6. Avaliação de Resultados:

A avaliação dos resultados do Programa de Orientação Parental em Terapia Ocupacional para crianças e adolescentes com Transtorno Opositor Desafiador (TOD) será realizada de forma qualitativa e quantitativa, com o objetivo de mensurar os impactos da intervenção no comportamento da criança/adolescente, na percepção de competência parental e na dinâmica familiar como um todo.

Para a avaliação quantitativa, serão aplicadas escalas padronizadas antes e após a intervenção, como a Escala de Comportamento Opositor – SNAP IV, que possibilita verificar mudanças nos padrões de oposição, desobediência e reatividade.

Paralelamente, será utilizada a Escala de Senso de Competência Parental, que permite avaliar sentimentos de autoconfiança, a habilidade de lidar com as demandas do dia a dia e a percepção de realização pessoal no exercício do papel de cuidador.

A avaliação qualitativa será conduzida por meio das observações clínicas do terapeuta ocupacional. Durante o encerramento, será promovida uma roda de conversa para compartilhamento de experiências, permitindo uma análise reflexiva sobre o percurso de mudança ao longo do programa.

Esses dados serão triangulados para garantir uma compreensão abrangente dos efeitos da intervenção, respeitando a complexidade dos fatores envolvidos na dinâmica familiar. A combinação dos instrumentos quantitativos e qualitativos reforça a validade dos resultados, proporcionando subsídios para a continuidade, replicação ou adaptação do programa em outros contextos clínicos e comunitários.

7. Resultados esperados:

Ao aplicar o Programa de Orientação Parental em Terapia Ocupacional, fundamentado no conceito de cotidiano e no modelo de atenção psicossocial, as

pesquisadoras esperam gerar transformações tanto na dinâmica familiar quanto na inserção social da criança/adolescente e de seus cuidadores.

Os principais resultados esperados serão apresentados no Quadro 21, a seguir, conforme os indicadores de redução de conflitos e estresse parental; melhoria nas rotinas e na organização do cotidiano; aumento da autonomia e participação social de todos os membros; fortalecimento dos laços familiares e promoção da saúde mental e emocional da família como um todo incluem mudanças nos seguintes indicadores:

Quadro 21 – Indicador, resultados esperados e relação com o cotidiano e atenção psicossocial

Indicador	Resultado esperado	Relação com o Cotidiano e Atenção Psicossocial
Conflitos e estresse parental	Redução de confrontos e sobrecarga dos cuidadores, com maior manejo positivo de comportamentos.	O cotidiano se torna menos marcado por crises, favorecendo interações mais saudáveis; na atenção psicossocial, corresponde à redução de sofrimento e prevenção de situações de crise.
Rotinas familiares	Maior organização e previsibilidade do dia a dia, com adaptação de atividades às necessidades da família.	O cotidiano é compreendido como espaço de produção de saúde; a estruturação da rotina fortalece ocupações significativas e reduz sobrecargas.
Laços familiares	Fortalecimento da afetividade e da solidariedade entre cuidadores e crianças/adolescentes.	O cotidiano é vivido de forma mais compartilhada; na atenção psicossocial, reflete a valorização dos vínculos familiares e comunitários como dispositivos de cuidado.
Autonomia e participação social da criança/adolescente	Ampliação da inserção em atividades escolares, de lazer e comunitárias.	O cotidiano passa a incluir maior engajamento em ocupações significativas; na atenção psicossocial, refere-se ao direito à cidadania, inclusão e participação social.
Saúde mental e emocional da família	Redução do estresse crônico, promoção de autocuidado e resiliência.	O cotidiano se organiza de modo mais equilibrado e saudável; na atenção psicossocial, vincula-se à promoção da saúde integral e suporte coletivo.
Rede de apoio	Identificação e acionamento de serviços e recursos sociais (saúde, educação, assistência, comunidade).	O cotidiano deixa de ser vivido de forma isolada; na atenção psicossocial, fortalece a corresponsabilidade do cuidado e a integração na RAPS.

Fonte: Elaboração Própria

Conforme o quadro acima temos seis possíveis indicadores de que os resultados foram alcançados.

7.1 Redução dos conflitos familiares e do estresse parental:

Ao serem estimulados a utilizar estratégias de comunicação assertiva e manejo positivo de comportamentos, os cuidadores passam a lidar de maneira mais adequada com situações de frustração, sem recorrer a punições ou explosões emocionais, utilizando técnicas de comunicação não violenta e estratégias de negociação. Além disso, o uso destas estratégias devem diminuir desgaste emocional e as recorrentes explosões no convívio diário.

Essa mudança favorece um cotidiano mais estável, menos marcado por tensões, em consonância com o princípio da Atenção Psicossocial que busca a prevenção de crises e a promoção de convivências mais saudáveis.

7.2. Melhoria das rotinas e da organização do cotidiano:

Através da construção de quadros de rotina e da adaptação de atividades significativas — que considerem tanto as necessidades da criança ou adolescente quanto a capacidade organizativa dos cuidadores — as famílias conseguem reorganizar o dia a dia de maneira mais equilibrada, distribuindo responsabilidades e favorecendo a previsibilidade e a redução da sobrecarga. Essa estruturação não apenas organiza tarefas, mas inaugura uma lógica cotidiana mais estável, na qual o ambiente familiar passa a sustentar práticas de cuidado coerentes e compartilhadas.

Quando o cotidiano é planejado de forma consciente, ele se torna um espaço de produção de saúde, permitindo que os membros da família encontrem maior estabilidade, sentido e possibilidades de cuidado mútuo, além de incluírem momentos de descanso e lazer. Tal reorganização dialoga diretamente com os princípios do modelo de atenção psicossocial, ao valorizar a autonomia, a corresponsabilidade e a capacidade da família de gerir sua própria vida, fortalecendo-a como protagonista no processo de cuidado.

7.3. Fortalecimento dos laços familiares e vínculos afetivos:

A valorização de práticas simples, como refeições em conjunto, momentos de lazer ou atividades cotidianas compartilhadas, gera oportunidades de maior afeto, escuta e proximidade entre cuidadores e crianças ou adolescentes. Pequenos gestos cotidianos,

quando ressignificados, fortalecem a coesão intrafamiliar e reduzem o distanciamento emocional e a sensação de isolamento.

Essa dimensão traduz a lógica da atenção psicossocial, que compreende o cuidado de forma ampliada e reconhece os vínculos familiares e comunitários como dispositivos terapêuticos e de suporte, evitando práticas fragmentadas e centradas apenas no indivíduo.

7.4. Aumento da autonomia e da participação social da criança/adolescente:

A partir do fortalecimento do papel dos cuidadores e da reorganização da rotina, cria-se espaço para que as crianças e adolescentes assumam responsabilidades compatíveis com sua idade e se engajem em atividades significativas, como escola, lazer, esportes ou grupos comunitários.

Esse processo amplia o repertório ocupacional, favorece o engajamento social e conecta-se diretamente ao princípio do modelo psicossocial de inclusão, cidadania e participação social, combatendo processos de exclusão e estigmatização.

7.5. Promoção da saúde mental e emocional da família como um todo:

A diminuição do estresse crônico e da sobrecarga dos cuidadores é favorecida pela introdução de práticas de autocuidado e autorregulação, além da valorização de espaços coletivos de troca e suporte. No cotidiano, essas mudanças se traduzem em maior equilíbrio, resiliência e disposição para lidar com desafios.

Do ponto de vista da atenção psicossocial, a experiência grupal vivida no programa funciona como dispositivo terapêutico, no qual o compartilhamento de experiências fortalece a rede de apoio comunitária e amplia a noção de cuidado integral.

7.6. Maior consciência e utilização da rede de apoio:

A partir do momento em que as famílias aprendem a identificar recursos disponíveis nos serviços de saúde, educação, assistência social e na própria comunidade, passando a acionar essa rede de forma mais ativa. Dessa maneira, o cotidiano deixa de ser vivido de forma isolada e passa a ser ressignificado em diálogo com os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e outras instâncias de suporte intersetorial.

Essa mudança é fundamental para que o cuidado não recaia exclusivamente sobre os cuidadores, mas seja partilhado em corresponsabilidade com o território e suas possibilidades, reforçando os princípios da intersetorialidade, da corresponsabilidade e da

integralidade. Assim, promove-se o acesso equitativo aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a outros serviços comunitários.

Assim, cada indicador previsto pelo programa articula mudanças práticas na vida diária das famílias com os referenciais teóricos do cotidiano e da atenção psicossocial. O resultado esperado não é apenas a redução de sintomas ou conflitos, mas a transformação do cotidiano familiar em espaço de cuidado, saúde e participação social, promovendo maior autonomia, resiliência e qualidade de vida.

8. Considerações finais:

Portanto a singularidade do PROPTO-TOD, enquanto intervenção da Terapia Ocupacional, tem como foco central a melhora na participação nas ocupações significativas do cotidiano das famílias, compreendendo que o comportamento opositor e desafiador da criança ou adolescente impacta diretamente nas rotinas, papéis e participação social, tanto do cuidador quanto do próprio jovem.

Diferente de outras áreas do saber, como a psicologia, que se concentra prioritariamente em processos emocionais, cognitivos e comportamentais, a Terapia Ocupacional integra esses aspectos a um olhar prático sobre como as relações e condutas se manifestam em atividades diárias — como alimentação, estudo, lazer, autocuidado e interações sociais.

Além disso, o PROPTO-TOD se diferencia por utilizar atividades como recurso terapêutico, possibilitando que o cuidador vivencie, experimente e pratique estratégias durante o próprio processo de orientação. Esta característica facilita o compartilhamento dos aprendizados para a vida real, promovendo mudanças concretas na rotina familiar e fortalecendo a autonomia dos cuidadores na gestão dos comportamentos desafiadores.

Assim, o PROPTO-TOD não apenas orienta sobre manejo de comportamentos, mas também reorganiza rotinas, fortalece vínculos familiares e promove estratégias funcionais que favorecem o engajamento ocupacional saudável da criança e do cuidador. Isso o torna único para a Terapia Ocupacional, pois valoriza a interdependência entre comportamento, participação e significado das ocupações, utilizando as atividades como eixo central para a construção de mudanças sustentáveis na vida cotidiana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os três estudos que compõem esta tese convergem para demonstrar que o cuidado a crianças e adolescentes com Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD) deve ser abordado de maneira integrada, considerando não apenas os sintomas clínicos, mas também a dinâmica familiar, as condições socioeconômicas, o cotidiano das cuidadoras e o papel das redes de apoio formais e informais.

A literatura aponta que o manejo do TOD (estudo 1) tem se diversificado e integrado diferentes perspectivas de intervenção. No entanto, o cenário brasileiro ainda carece de programas culturalmente sensíveis e validados, o que reforça a necessidade de

investimentos em adaptação de estratégias, capacitação de profissionais e políticas públicas que ampliem o acesso a intervenções eficazes. Assim, os resultados desta tese não apenas confirmam as lacunas identificadas na RAPS, mas também oferecem evidências para o desenvolvimento de programas de orientação parental que respeitem a singularidade das famílias, promovam cuidado integral e fortaleçam a autonomia das cuidadoras.

O estudo 2 realizado com cuidadoras atendidas em um CAPSi evidenciou a complexa relação entre a gravidade sintomatológica das crianças e adolescentes e o sofrimento psíquico das mulheres responsáveis pelo cuidado. Observou-se que a baixa percepção de autoeficácia parental, associada à restrição de oportunidades de autocuidado e participação em atividades significativas, resultam em um cotidiano marcado pelo sacrifício e exaustão, em consonância com a literatura que aponta a feminilização do cuidado e a sobrecarga das cuidadoras em contextos de vulnerabilidade socioeconômica. Esse cenário reflete como o cotidiano familiar, entendido pela Terapia Ocupacional como espaço de produção de saúde e de vida, pode tanto sustentar quanto comprometer a saúde mental dos cuidadores.

A elaboração do programa de orientação parental (estudo 3), apresentada como parte desta tese, surge como uma resposta direta a essas evidências. Estruturado em encontros grupais que abordam manejo de comportamentos, comunicação assertiva, reorganização de rotinas, fortalecimento de vínculos e valorização do autocuidado, o programa propicia às cuidadoras experiências concretas de reconhecimento de suas competências, troca de experiências e fortalecimento da rede de apoio. Nesse sentido, o programa traduz na prática os princípios do modelo psicossocial, promovendo inclusão, corresponsabilidade e cidadania, ao mesmo tempo em que contribui para a redução de crises e para a promoção de um cotidiano familiar mais equilibrado.

A análise conjunta dos estudos revela que a atenção ao cuidado de crianças e adolescentes com TOD deve considerar simultaneamente os sintomas clínicos, o cotidiano familiar e os contextos de vulnerabilidade. A integração do CAPSi com os demais pontos da RAPS, aliada a estratégias terapêuticas que valorizem o autocuidado e a participação social das cuidadoras, pode contribuir para a efetividade do tratamento infantojuvenil, o fortalecimento dos vínculos familiares e a promoção da saúde mental das famílias.

Em síntese, esta tese evidencia que cuidar de crianças e adolescentes com TOD exige também cuidar das famílias que os sustentam. Ao articular o olhar para os sintomas, para a organização do cotidiano e para os contextos sociais, é possível construir respostas mais

efetivas, éticas e humanizadas no campo da saúde mental infantojuvenil, contribuindo para um modelo de atenção psicossocial mais sensível, integral e inclusivo.

Enquanto limitações destacamos que o programa (PROPTO TOD) foi elaborado, porém não foi possível testar sua aplicabilidade durante este processo de doutoramento. Além disso, a coleta dos dados com as cuidadoras se deu por meio de uma amostra pequena, circunscrita a apenas um CAPSi, o que dificulta a generalização dos dados para um programa de intervenção mais fidedigno.

Vislumbra-se que o programa possa ser aplicado no CAPSi de forma integrada às práticas já desenvolvidas na lógica da atenção psicossocial, articulando grupos de cuidadoras com intervenções individuais e ações intersetoriais. A partir dos resultados desta tese, o programa pode ser incorporado como uma estratégia regular de cuidado, estruturando encontros periódicos conduzidos pelo terapeuta ocupacional e centrados no manejo de comportamentos, reorganização da rotina, fortalecimento da comunicação familiar e promoção do autocuidado das cuidadoras.

Sua implementação no CAPSi permitiriam responder diretamente às demandas identificadas nos estudos — especialmente a sobrecarga materna, a baixa autoeficácia parental e as lacunas de suporte cotidiano — oferecendo um espaço protegido de troca de experiências, acolhimento e construção coletiva de estratégias.

Além disso, ao articular o programa com a rede territorial e com os princípios da RAPS, o CAPSi amplia seu papel de dispositivo produtor de vínculos, favorecendo a continuidade do cuidado, a corresponsabilidade e a autonomia das famílias. Dessa forma, o programa se torna um recurso potente para qualificar as práticas clínicas, fortalecer o protagonismo das cuidadoras e promover efeitos positivos tanto na dinâmica familiar quanto no manejo do TOD no cotidiano.

REFERÊNCIAS

ACBS - ASSOCIATION FOR CONTEXTUAL BEHAVIORAL SCIENCE. Basic foundations. ContextualScience.org. Disponível em: https://contextualscience.org/basic_foundations. Acesso em: 10 abr. 2025.

ACRI, R. *et al.*. An examination of the 4 Rs 2 Ss for problem behaviors: A preventive approach. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, Thousand Oaks, v. 104, n. 1, p. 68–81, 2023. DOI: 10.1177/10443894221133419

ALECRIM, S. B.; COSTA, M. da P. R. da. Transtorno Opositor Desafiador (TOD) versus mau comportamento no âmbito escolar: Uma análise em banco de dados. *Revista Educação, Pesquisa e Inclusão*, Roraima, v. 3, n. 1, 2022. DOI: 10.18227/2675-3294repi.v3i1.7026.

ALVES, R. D. *et al.*. Grupo de familiares em CAPS AD: acolhendo e reduzindo tensões. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, Sobral, v. 14, n. 1, 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/613>. Acesso em: 27 nov. 2025.

AMARANTE, K. P. F.; SILVA, S. R. da; RESENDE, T. I. M. Participação dos familiares no cuidado em saúde mental de jovens e crianças acompanhados por CAPSi: uma revisão integrativa da literatura. *Revista FT: Ciências da Saúde*, v. 29, ed. 142, 08 jan. 2025. DOI: 10.69849/revistaft/ra10202501081558

AMARANTE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMORIM, I. D.; PORTO, R. de M.. Transtorno Desafiador Opositor: Terapia Farmacológica. *ID on line. Revista de psicologia*, Cariri – CE, v. 14, n. 53, p. 84-94, dez. 2020. DOI: 10.14295/online.v14i53.2776.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR*. 5. ed., texto revisado. Porto Alegre: Artmed, 2023.

ARANTES, P. T. A. *et al.*. Transtorno de conduta e transtorno opositor desafiador: abordagens psicossociais e farmacológicas na intervenção e tratamento de comportamentos desafiadores. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, São Paulo, v. 10, n. 10, p. 1478–1483, 2024. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i10.16007>

ARAUJO, L. da S.; GUAZINA, F. M. N.. A percepção de cuidadoras sobre os cuidados ofertados para crianças e adolescentes em atendimento no CAPSi. *Mental*, Barbacena, v. 11, n. 21, p. 445-468, dez. 2017. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 nov. 2025

ASSAD, F. B.; PEDRÃO, L. J.; CIRINEU, C. T.. Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em centros de atenção psicossocial/Care strategies used by occupational therapists in psychosocial care centers. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 24, n. 4, p. 743–753, 2016. DOI: 10.4322/0104-4931.ctoAO0738.

AUGUSTO, C. A. *et al.*. Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober (2007-2011). *Revista de Economia e Sociologia Rural*, Brasília, v. 51, n. 4, p. 745–764, out. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-20032013000400007>.

AVELAR, M. R.; MALFITANO, A. P. S.. Terapia Ocupacional e redes intersetoriais: conceitos e experiências em debate. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 30, p. e3236, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO242132361>.

BAIÃO, A. B. R.; HERÊNIO, A. C. B.; CARVALHO, A. L. A. Transtorno Opositivo Desafiador e o contexto familiar: uma revisão bibliográfica. *Psicologias em Movimento*, v. 2, n. 2, 2022. Disponível em: <https://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaISEPsicologias/article/view/961>. Acesso em: 28 nov 2025.

BAISSI, G.; MAXTA, B. S. B. Experiência da Terapia Ocupacional no cuidado familiar em um serviço de Atenção Primária em Saúde. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 413–422, 2013. DOI: <https://doi.org/10.4322/cto.2013.043>.

BARBOSA, V. F. B. *et al.*. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 178–189, jan. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080015>.

BARDI, G.; MALFITANO, A. P. S.. A atuação da Terapia Ocupacional no Sistema Único de Assistência Social: mapeamento de produções científicas brasileiras. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 32, p. e3836, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR395338361>

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3. reimp. da 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016. Título original: L'analyse de contenu. ISBN 978-85-62938-04-.

BARKLEY, R. A. *Defiant children: a clinician's manual for assessment and parent training*. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2013.

BENITES, M. R. *et al.*. Orientação a Práticas Parentais: Descrição de um Programa de Intervenção Individual Breve. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 41, n. spe3, p. e192813, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003192813>

BEZERRA, W. C.; LOPES, R. E.; BASSO, A. Ca. de S. As estruturas da vida cotidiana e a terapia ocupacional: tensionando limites e possibilidades no/do exercício profissional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 30, e3031, 2022. DOI: [10.1590/2526-8910.ctoEN22983031](https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoEN22983031).

BIKIC, A. *et al.* Protocol for a randomized controlled trial comparing the Circle of Security-parenting (COS-P) with treatment as usual in child mental health services. *PLoS ONE*, v. 17, n. 12, e0278583, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278583>.

BIELEMANN, V. DE L. M.; KANTORSKI, L. P. ; BORGES, L. R. *et al.*. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto & Contexto - Enfermagem*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 131–139, jan. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000100016>.

BORGES, H. V. S. *et al.*. Carga psicológica materna e o papel do suporte social em famílias de crianças com Transtorno do Espectro Autista. *Caderno Pedagógico*, Curitiba, v. 22, n. 10, p. e19216, 2025. DOI: [10.54033/cadpedv22n10-185](https://doi.org/10.54033/cadpedv22n10-185).

BRAGA, C. P.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, p. 401–410, fev. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.30582016>.

BRANDÃO, C. B. *et al.* Desafios para o cuidado em saúde mental de cuidadores de crianças e adolescentes atendidos em um serviço psiquiátrico terciário no contexto da pandemia da COVID-19. *Dialog Interdis Psiquiatria e Saúde Mental*, Fortaleza, v.1, n.1, p. 78-81, 2021. DOI: 10.59487/2965-1956-1-7334.

BRANDÃO, M. A. M.; ANDRADE, E. A. de. Saúde Mental na Atenção Básica: Desafios da Pandemia de COVID-19 em para Fortalecimento da RAPS. *Saúde Coletiva*, Barueri, v. 16, n. 98, p. 16514–16525, 2025. DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v16i98p16514-16525.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 fev. 2002. *Dispõe sobre modalidades, organização e funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II e III)*. Diário Oficial da União, Brasília, 9 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Saúde Mental, Psicossocial e em Direitos Humanos. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 27 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no Sistema Único de Saúde: tecendo redes para garantir direitos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. *A criança e sua família no contexto dos serviços socioassistenciais*. Brasília: MDS; Fundação Oswaldo Cruz, 2018. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/cadernos/2019/Curso_crianca_familia_contexto_servicos_socioassistenciais.pdf. Acesso em: 25 nov. 2025.

BRITES, L. *Quais comorbidades podem acompanhar o Transtorno Opositivo Desafiador?* Instituto NeuroSaber, 27 jan. 2021. Disponível em: <https://institutoneurosaber.com.br/artigos/quais-comorbidades-podem-acompanhar-o-transtorno-opositivo-desafiador/>. Acesso em: 11 set. 2025.

BRITO, A. de; FARO, A. Estresse parental: Revisão sistemática de estudos empíricos. *Psicol. pesq.*, Juiz de Fora, v. 10, n. 1, p. 64-75, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.24879/201600100010048>.

BRONFENBRENNER, U. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.

BUCHWEITZ, C.; MARI, J.; KIELING, C.. Saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil: evidências para ação. 2. ed. Porto Alegre: *Fundação José Luiz Egydio Setúbal*, 2020. 19 p.

BUENO, K. M. P. *et al.*. Práticas de Terapia Ocupacional na rede de saúde mental da criança e do adolescente. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 29, p. e2877, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO2173>.

BURIOLA, A. A. *et al.*. Sobrecarga dos cuidadores de crianças ou adolescentes que sofrem transtorno mental no município de Maringá - Paraná. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 344–351, abr. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160047>.

BURKE, J. D.; LOEBER, R. Transtorno desafiador opositivo e a explicação da comorbidade entre transtornos comportamentais e depressão. *Psicologia Clínica: Ciência e Prática*, Washington, DC, v. 17, n. 4, p. 319–326, 2010. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2010.01223.x.

BUSTAMANTE, V.; ONOCKO-CAMPOS, R. Cuidado às famílias no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: uma pesquisa-intervenção com trabalhadores. *Saúde em Debate*, Manguinhos, RJ, v. 44, n. especial 3, p. 156-169, out. 2020. DOI: 10.1590/0103-11042020E314.

CALDERONE, A. *et al.* Neurobiological Changes Induced by Mindfulness and Meditation: A Systematic Review. *Biomedicines*, Switzerland, v. 12, n. 11, p. 2613, 2024. DOI: 10.3390/biomedicines12112613

CAMPELO, L. L. de C. R.; COSTA, S. M. E.; COLVERO, L. de A.. Difficulties of families in caring for children and adolescents with mental disorders: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 192–198, ago. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600027>.

CAMPOS, F. A. A. C.. Terapia familiar: contribuições a prática clínica em saúde mental. *Saúde em Redes*, Porto Alegre, RS, v. 6, n. 2, p. 115–126, 2020. DOI: 10.18310/2446-48132020v6n2.2462g516.

CHACKO, A. *et al.* A randomized clinical trial of the 4Rs and 2Ss for Strengthening Families Program for children with disruptive behavior disorders. *Behavior Therapy*, Miami, v. 53, n. 5, p. 904–919, 2022. DOI: 10.1177/10443894221133419

CHALFON, M. S. T.; RAMOS, D. G.. A terapia de sandplay no tratamento de crianças com sintomas de Transtorno Opositivo-Desafiador e Transtorno de Conduta. *Estudos de Psicologia*, São Paulo, v. 39, 2022. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2021000200014&lng=pt&nrm=iso. Acesso: 27 nov. 2025

CID, M. F. B. Cotidiano familiar: refletindo sobre a saúde mental infantil e a prática de atividades familiares. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, Brasil, v. 26, n. 3, p. 428–438, 2015. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v26i3p428-438.

CID, M. F. B.; SANTOS, R.; SQUASSONI, A. Cotidiano e práticas educativas parentais: a percepção das famílias de crianças em sofrimento psíquico. *Revista Terapia Ocupacional*

da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 102-112, 2016. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v28i2p190-197>.

CONSTANTINIDIS, T. C. et al.. Delineamentos do núcleo profissional da terapia ocupacional em saúde mental a partir de seus objetos, objetivos e instrumentos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 33, p. e3739, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO287937391>.

CORRÊA, A. L. G. P. et al. Transtorno Opositor Desafiador: uma revisão de literatura. *Enferm Bras.*, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 1234-243, 2023. DOI: 10.33233/eb.v22i6.5572

COS INTERNATIONAL - CIRCLE OF SECURITY INTERNATIONAL. *Circle of Security International*. Disponível em: <<https://www.circleofsecurityinternational.com/>>. Acesso em: 10 abr. 2025.

COSTA, D. S. et al.. Parent SNAP-IV rating of attention-deficit/hyperactivity disorder: accuracy in a clinical sample of ADHD, validity, and reliability in a Brazilian sample. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 95, n. 6, p. 736–743, nov. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.06.014>.

COSTA, C. M. et al. O sofrimento psíquico das famílias e as abordagens territoriais no SUS: uma análise das memórias das práticas dos trabalhadores. In: FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO, B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. (Orgs.). *Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial*. Barueri: Manole Saúde, 2021. ISBN 978-65-5576-192-4.

COSTA, T. P. et al.. Estratégias de intervenção e tratamento para crianças e adolescentes com transtorno opositor-desafiador: uma revisão bibliográfica. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*, Jundiaí, SP, v. 5, n. 6, e565408, 2024. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v5i7.5408>.

COSTA-ROSA, ABÍLIO da. *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora UNESP, 2013. 334 p. ISBN 978-85-393-0481-3.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. *Designing and conducting mixed methods research*. 3. ed. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2018.

DALTRO, M. C. DE S. L.; MORAES, J. C. DE .; MARSIGLIA, R. G.. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 544–555, abr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018156194>.

DEDOUSIS-WALLACE, A. et al. Predictors and moderators of two treatments of oppositional defiant disorder in children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, Suíça, v. 51, n. 5, p. 685–698, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/15374416.2021.1913594>.

EYBERG, S. M. *et al.* Parent–Child Interaction Therapy with behavior problem children: One and two-year maintenance of treatment effects. *Child & Family Behavior Therapy*, Londres, v. 44, n. 1, p. 1–22, 2022. DOI: 10.1300/J019v23n04_01.

EYBERG, S.; NELSON, M. M.; BOGGS, S. R. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, Londres, v. 37, n. 1, p. 215–237, 2008. DOI: 10.1080/15374410701820117.

FARIA, P. F. O. *O cotidiano de pessoas em uso problemático de álcool e outras drogas e a Terapia Ocupacional*. 2021. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/20.500.14289/14965>. Acesso em 20 set. 2025.

FARIA, N. C.; RODRIGUES, M. C. Promoção e prevenção em saúde mental na infância: implicações educacionais. *Psicol. educ.*, São Paulo, n. 51, p. 85-96, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.23925/2175-3520.2020i51p85-96>

FELIX, L. B.; SANTOS, M. de F. de S.; ALESSIO, R. L. dos S.. O cuidado é dobrado: Maternar no contexto da atenção psicossocial. *Rev. NUFEN*, Belém, v. 12, n. 3, p. 154-175, dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.nº03artigo79>.

FERNANDES, A. D. S. A. *et al.*. A intersetorialidade no campo da saúde mental infantojuvenil: proposta de atuação da terapia ocupacional no contexto escolar. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 27, n. 2, p. 454-461, 2019. DOI: 10.4322/2526-8910.ctoRE1660.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S.; LUSSEIA de O *et al.*. Reflexões sobre a atenção psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 28, n. 2, p. 725–740, abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1870>.

FERNANDES, A. D. S. A.; TÃÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. O cuidado em saúde mental infanto juvenil na atenção básica a saúde: singularidade territoriais. In: FERNANDES, A. D. S. A.; TÃÑO, B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. (Orgs.). *Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial*. Barueri: Manole Saúde, 2021. ISBN 978-65-5576-192-4.

FERNANDES, A. D. S. A.; TÃÑO, B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. (Orgs.). *Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial*. Barueri: Manole Saúde, 2021. ISBN 978-65-5576-192-4

FERNANDES, A. D. S. A. *et al.*. A saúde mental infantojuvenil na atenção básica à saúde: da concepção às perspectivas para o cuidado. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 30, p. e3102, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO23473102>.

FERNANDES, A. D. S. A.; MATSUKURA, T. S. O cotidiano e o sofrimento psíquico na infância e na adolescência: reflexões a partir da reabilitação psicossocial e a terapia

ocupacional. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Orgs.). *Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação: Perspectivas da Terapia Ocupacional no Campo da Saúde Mental*. São Carlos: EdUFSCar, 2018. ISBN: 978-85-7600-433-2.

FERREIRA, M. A.. A importância de conhecer para então conviver com a criança que possui transtorno oppositor desafiador – TOD. *Minerva Magazine Science*. n. 10, v. 1, 2022. Disponível em: <https://www.minerva.edu.py/archivo/14/10/ARTICULO%20PARA%20PUBLICAR%20Mancelane%20Aparecida%20Ferreira.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2025.

FERREIRA, M.; LOGUECIO, R. Q. A análise de conteúdo como estratégia de pesquisa interpretativa em educação em ciências. *REVELLI – Revista de Educação, Língua e Literatura*, Inhumas, GO, v. 6, n. 2, p. 33-49, out. 2014. Disponível em: <https://www.revista.ueg.br/index.php/revelli/article/view/3006>. Acesso em: 28 nov. 2025.

FERREIRA, T. P. da S. *et al.*. A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 441-449, abr./jun. 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912112.

FLUJAS-CONTRERAS, J. M.; GARCÍA-PALACIOS, A.; GÓMEZ, I. Parenting intervention for psychological flexibility and emotion regulation: Clinical protocol and an evidence-based case study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Suíça, v. 19, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010125>

FONGARO, E.; PICOT, M. C.; STRINGARIS, A. Parent training for the treatment of irritability in children and adolescents: a multisite randomized controlled, 3-parallel-group, evaluator-blinded, superiority trial. *BMC Psychology*, Reino Unido, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00843-3>.

GALHEIGO, S. M. O abrigo para crianças e adolescentes: considerações acerca do papel do terapeuta ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 85–94, 2003. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v14i2p85-94>

GALHEIGO, S. M.. Terapia Ocupacional, cotidiano e a tessitura da vida: aportes teórico-conceituais para a construção de perspectivas críticas e emancipatórias. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 28, n. 1, p. 5–25, jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2590>.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, M. L. P.; SILVA, J. C. B. da; BATISTA, E. C. Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. *Rev. Psicol. Saúde*, Campo Grande, v. 10, n. 1, p. 03-07, abr. 2018. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v10i1.530>.

GUEDES, T. A. *et al.*. *Estatística descritiva*. Projeto de ensino Aprender Fazendo Estatística, p. 1-49, 2005.

GUERRA, M. P. W.; DEUS, R. R. L. de; DELGADO, R. V. Contribuições da análise do comportamento nos preceitos do transtorno de oposição desafiante (TOD): estratégias para pais e cuidadores. Paraná: Universidade Paranaense, 2020. Disponível em: https://www.unipar.br/documentos/462/Psicologia_h6KzIPI.pdf. Acesso em: 4 jun. 2025.

GUIMARÃES, A.; SILVA, L. A. V. DA .. A Saúde Coletiva e a Criança com Comportamentos Externalizantes: uma revisão de literatura. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. e310424, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310424>

HAUTMANN, C. et al. Behavioural and nondirective parent training for children with externalising disorders: First steps towards personalised treatment recommendations. *Behaviour Research and Therapy*, [S.l.], v. 163, 104183, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104183>.

HELANDER, M. et al. Parent management training combined with group-CBT compared to parent management training only for oppositional defiant disorder symptoms: 2-year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Psychiatry & Human Development*, [S.l.], v. 54, p. 52–63, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01245-y>.

HIGGINS, J. P. T. et al. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Version 6.3*. Cochrane, 2022. Disponível em: <https://training.cochrane.org/handbook>. Acesso em: 1 nov. 2025.

INSTITUTO CARRER. *Terapia Ocupacional centrada na família: abordagens colaborativas para melhorar resultados em crianças*. Blog Saúde e Reabilitação, Indaiatuba, 2024. Disponível em: <https://blogsaudereabilitacao.institutocarrer.com.br/terapia-ocupacional-centrada-na-familia-abordagens-colaborativas-para-melhorar-resultados-em-criancas/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

IWAMOTO, E. N.. Práticas pedagógicas eficazes no manejo do transtorno opositor desafiador no ambiente escolar. *Revista Gestão & Educação*, v. 8, n. 04, abril 2025. Disponível em: <http://revista.faconnect.com.br/index.php/GeE/article/view/681>. Acesso em: 28 nov. 2025.

JAFELICE, G. T.; MARCOLAN, J. F. O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 71, supl. 5, p. 106–112, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0300.

JOHNSTON, C.; MASH, E. J. A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, v. 18, n. 2, p. 167–175, 1989. Disponível em: <https://psych-parentinglab.sites.olt.ubc.ca/files/2018/02/PSOC-Johnston-and-Mash.pdf>. Acesso em: 9 set. 2025.

KAMMER, K. P.; MORO, L. M.; ROCHA, K. B. Concepções e práticas de autonomia em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): desafios cotidianos. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo, v. 20, n. 47, p. 36-50, abr. 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2020000100004&lng=pt&nrm=iso. acessos em 28 nov. 2025.

KANTORSKI, L. P. *et al.*. Atenção Psicossocial Infantojuvenil: Interfaces com a Rede De Saúde pelo Sistema de Referência e Contrarreferência. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Santa Catarina, v. 26, n. 3, p. e1890014, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001890014>.

KAZDIN, A. E. *Parent management training: treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Oxford University Press, 2005.

LAGE, C. R. *et al.*. Collaborative practice with parents in occupational therapy for children: a scoping review. *Australian Occupational Therapy Journal*, v. 71, n. 5, p. 833-850, 2024. DOI:10.1111/1440-1630.12974.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Fundamentos de metodologia científica*. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LAWRENZ, P. *et al.*. Estilos, práticas ou habilidades parentais: como diferenciá-los? *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 2-9, 2020. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v16n1/v16n1a02.pdf>. Acesso em: 15 set. 2025.

LEÃO, A.; SALLES, M. M. Cotidiano, reabilitação psicossocial e território: reflexões no campo da Terapia Ocupacional. In: MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Orgs.). *Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação: Perspectivas da Terapia Ocupacional no Campo da Saúde Mental*. São Carlos: EdUFSCar, 2018. ISBN: 978-85-7600-433-2.

LEITÃO, I. B. *et al.*. Saúde mental infantojuvenil: análise de itinerários terapêuticos em município de interior e sem Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 1, p. e00115824, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT115824>.

LIMA, V. T. R. de; GODINHO, M. O. D. Transtorno Opositor Desafiador e a desconstrução de estigmas em crianças diagnosticadas: uma revisão integrativa. *Revista Foco*, [S.L.], v. 18, n. 4, p. e8221, 2025. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n4-054>.

LIMA, S. G. de S.; PEREIRA, S. L. B. Proteção Social e Saúde Mental Infantojuvenil: desafios da intersetorialidade. *Sociedade em Debate*, Pelotas, RS, v. 29, n. 2, p. 57-71, 2023. DOI: 10.47208/sd.v29i2.3211.

LIN, X., HE, T., HEATH, M. *et al.* A Systematic Review of Multiple Family Factors Associated with Oppositional Defiant Disorder. *International journal of environmental research and public health*, v.19. n. 17, p. 1-19, 2022. DOI: 10.3390/ijerph191710866.

LINHARES, M. B. M.; MARTINS, C. B. S.. O processo da autorregulação no desenvolvimento de crianças. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 32, n. 2, p. 281-293, abr. 2015. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200012>.

LOPES, R. E. (org.). *Terapia Ocupacional, Educação e Juventudes: conhecendo práticas e reconhecendo saberes*. São Carlos: EdUFSCar, 2022.

LOURENÇO, M. S. D. G.; MATSUKURA, T. S.; CID, M. F. B.. A saúde mental infantojuvenil sob a ótica de gestores da Atenção Básica à Saúde: possibilidades e desafios. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 28, n. 3, p. 809–828, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2026>.

LUCERO, A.; SOUZA, I. M. C. de; CITTADINO, N. S. A criança agressiva para além do Transtorno Opositor Desafiador (TOD). *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2021. DOI: 10.12957/mnemosine.2021.61856.

MARÇAL, S. H.; TREVISAN, E. R. *A Rede de Atenção Psicossocial de Uberaba: fluxos assistenciais*. Uberaba; São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2021. Disponível em: <https://www.ppggc.ufscar.br/pt-br/assets/arquivo/produtos-tecnicos/cartilha-raps-registrada.pdf>. Acesso em: 22 set. 2025.

MALFITANO, A. P. S. Contexto social e atuação social: generalizações e especificidades na Terapia Ocupacional. In: Roseli Esquerdo Lopes, Ana Paula Serrata Malfitano. (Org.). *Terapia Ocupacional Social: desenhos teóricos e contornos práticos*. São Carlos, SP: EDUFSCar, 2016, p. 117-134.

MARS, J. A.; AGGARWAL, A.; MARWAHA, R. Oppositional Defiant Disorder. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing, 2024. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557443/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

MARTINS, L. R.; SILVA, G. G. C. da. A influência dos estilos parentais no desenvolvimento da personalidade: revisão integrativa. *Revista Foco*, [S. L.]v. 18, n. 4, p. 1–29, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco.v18n4-133.

MATA, C. C. da *et al.*. Atuação de terapeutas ocupacionais na Rede de Atenção Psicossocial em um estado do nordeste brasileiro. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 31, p. e3484, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO267034841>.

MATSUKURA, T. S.; SALLES, M. M. (Orgs.). *Cotidiano, Atividade Humana e Ocupação: Perspectivas da Terapia Ocupacional no Campo da Saúde Mental*. São Carlos: EdUFSCar, 2018. ISBN: 978-85-7600-433-2.

MATSUKURA, T. S.; FERNANDES, A. D. S. A.; CID, M. F. B.. Fatores de risco e proteção à saúde mental infantil: o contexto familiar. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, Brasil, v. 23, n. 2, p. 122–129, 2012. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v23i2p122-129.

MATTOS, P. *et al.* Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 290–297, set./dez. 2006.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/S6Xkdrk3Fs4Jvw4BqMV7pzf/>. Acesso em: 1 maio 2025.

MELO, C. H. DE .; CONSTANTINIDIS, T. C.. Terapia Ocupacional em saúde mental: entre o campo e o núcleo profissional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 32, p. e3616, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAR277636161>

MINATEL, M. M. *Cotidiano, demandas e apoio social de famílias de crianças e adolescentes com autismo*. 2013. Trabalho (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/20.500.14289/6872>.

MINATEL, M. M.; ANDRADE, L. C. de. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e a Terapia Ocupacional: um relato de experiência na construção da cidadania e participação social. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 28, n. 1, p. 309–329, jan. 2020. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoRE1917>

MINUCHIN, S.. *Salvador Minuchin's impact on family therapy*. Revisado por ELIZABETH ERBAN, LMFT, IMH-E; ANDREA BRANT, LMHC. Atualizado em 17 jan. 2025. Equipe Editorial BetterHelp. Disponível em: <https://www.betterhelp.com/advice/therapy/salvador-minuchins-impact-on-family-therapy/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

MONTENEGRO, F. A. de C. *et al.* Fatores de exposição do Transtorno Opositor Desafiador: uma revisão de escopo. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 33, p. 1–25, 2025. DOI: <https://doi.org/10.34024/rnc.2025.v33.19249>.

MORAES, M. N. de. *Sobrecarga em mulheres que cuidam de crianças e adolescentes com transtornos mentais*. 2020. 126 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2020. Disponível em: Repositório UFPB. Acesso em: 11 set. 2025.

MOSCHKOWICH, K. N. *Desemparedando Des(conexões) Comportamentais: Invisibilidade da Mulher Guardiã de Criança com TOD – Protagonismo e Sombra*. 2022. 49 f. Monografia (Especialização em Direitos Humanos) – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/bitstreams/a1a838a3-250c-42c4-be67-d594ed1a2446/download> . Acesso em: 11 set. 2025.

MOSMANN, C. P.; COSTA, C. B. da ., EINSFELD, P. *et al.*. Conjugalidade, parentalidade e coparentalidade: associações com sintomas externalizantes e internalizantes em crianças e adolescentes. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 34, n. 4, p. 487–498, out. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000400005>.

MOURA, G. G. *et al.* Escala de Senso de Competência Parental (PSOC): evidências de validade e precisão em contexto brasileiro. *Revista de Psicologia*, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 130-141, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/42831>. Acesso em: 2 set. 2025.

MOURA, R. V.; MEDINA, R. M. Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental no treinamento parental de crianças com Transtorno de Oposição Desafiante. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 91–105, 2022. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v24n1a06.pdf>. Acesso em: 22 out. 2025.

NESTLÉ FamilyNes Brasil. *TOD (Transtorno Opositor Desafiador): sintomas e tratamentos*. Nestlé FamilyNes, 10 abr. 2025. Disponível em: <https://www.nestlefamilynes.com.br/escolar/tod>. Acesso em: 14 set. 2025.

NONOSE, E. R. DOS S. et al.. Mental health of parents of children and adolescents who require special health care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, v. 77, n. 3, p. e20230457, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0457pt>.

NUNES, C. K.; KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C.. Interfaces entre serviços e ações da rede de atenção psicossocial às crianças e adolescentes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p. e54858, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.54858>

NUNES, C. K. et al.. Mental health in children and adolescents: vision of the professionals on challenges and possibilities in building up intersectoral networks. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 40, p. e20180432, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180432>.

NUNES, E. F. et al.. Fatores predisponentes para o transtorno opositor desafiador na infância: uma revisão de estudos brasileiros (2015–2024). *Revista Brasileira de Terapias Cognitivo-Comportamentais*, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2024. Disponível em: <https://repositorio-api.animaeducacao.com.br/server/api/core/bitstreams/e80d11a3-db63-47d3-965a-64bb2d5fdf89/content>. Acesso em: 11 set. 2025.

OLIVARES-ARAYA, P. et al.. Evidências de terapia ocupacional sobre saúde mental infantojuvenil em revistas da área: uma análise bibliométrica. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, [S. l.], v. 32, p. e3752, 2024. DOI: 10.1590/2526-8910.ctoAR289037523.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, [online], v. 35, n. 11, e00156119, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>. Acesso em: 1 nov. 2025. ISSN 1678-4464.

PACHECO, L.; BADARÓ, A. C. Orientação e treino de pais para o transtorno opositor desafiador: uma discussão sob a ótica da Terapia do Esquema. *Cadernos de Psicologia*, Juiz de Fora, v. 3, n. 6, p. 460–485, jul./dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.13693245>.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, [S. l.], v. 372, n. 71, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>. Acesso em: 1 nov. 2025.

PAIVA, G. C. C. et al. Online parent training platform for complementary treatment of disruptive behavior disorders in attention deficit hyperactivity disorder: A randomized

controlled trial protocol. PLoS ONE, Estados Unidos, v. 17, n. 3, e0265632, 2022. DOI: 10.1371/journal.pone.0272516.

PAIVA, G. C. C. et al. Parent training for disruptive behavior symptoms in attention deficit hyperactivity disorder: a randomized clinical trial. *Frontiers in Psychology*, [S.L.] v. 15, p. 1293244, 16 fev. 2024. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1293244.

PEREIRA, D. C.; RUZZI-PEREIRA, A; PEREIRA, P. E.; TREVISAN, É. R. Desempenho ocupacional de adolescentes de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSI). *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, Brasil, v. 25, n. 1, p. 11–17, 2014. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v25i1p11-17.

PEREIRA, L. C.; TSALLIS, A. C. Maternidade versus Sacrifício: uma análise do efeito moral dos discursos e práticas sobre a maternidade, comumente engendrados nos corpos das mulheres. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, São João Del-Rei. v. 15, n. 3, p. 1–14, 2020. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/e3651. Acesso em: 28 nov. 2025.

PORTAL DE PERIÓDICOS CAPES. *Quem somos*. Brasília, DF: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), [2024?]. Disponível em: <https://www.periodicos.capes.gov.br/index.php/sobre/quem-somos.html>. Acesso em: 8 jun. 2025.

PSYPACK. *SNAP-IV 26-item scale (SNAP-IV 26 ADHD)*. Disponível em: https://psypack.com/assessments/snap-iv-26-adhd/?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 9 set. 2025.

RIBEIRO, K. M. C. *et al.* Transtorno Opositor Desafiador: Impactos no desenvolvimento infantil. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, Macapá, v. 6, n. 5, p. 900–907, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n5p900-907>.

RICCI, T. E.; MARQUES, I. P.; MARCOLINO, T. Q.. Terapia Ocupacional em saúde mental nos congressos brasileiros: uma revisão de escopo. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 26, n. 4, p. 915-925, 2018. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1716>.

ROCHA, A. M. *et al.* *Transtorno do Desafiador Opositor*: revisão de literatura. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Afya Faculdade de Ciências Médicas de Ipatinga.

RODRIGUES, C. F. DE S.; LIMA, F. J. C. DE .; BARBOSA, F. T.. Importance of using basic statistics adequately in clinical research. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Rio de Janeiro v. 67, n. 6, p. 619–625, nov. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2017.01.011>.

RODRIGUES, M.; MIETO, S. Construção de um modelo teórico representativo da experiência: terapeutas ocupacionais significando o brincar nos CAPSi. *Revista Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 15 27, 2023. DOI: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v32i1-3e204945>.

ROSSO, E.. *História de familiares sobre o cotidiano da criança portadora de transtornos mentais*. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curitiba, 2017. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/handle/1884/55016?show=full>. Acesso: 20 out. 2020.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S.. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da Terapia Ocupacional no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 21, n. 2, 2013. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.4322/cto.2013.028>.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P.. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. e00042620, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00042620>.

SANTOS, D. B. C. *et al.* Qualidade de vida e sobrecarga de mães de crianças com microcefalia. *Enfermería Actual de Costa Rica*, San José, n. 45, 55995, dezembro de 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.i45.49858>.

SANTOS, R. D. *Comunidade de práticas em terapia ocupacional na saúde mental infantojuvenil: ações e referenciais teóricos metodológicos*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, 2021. Disponível: <https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/17975>. Acesso: 29 set. 2025.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F. (org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, p.13-18, 2001.

SARMENTO, H.; SAAVEDRA, N. O.; ROSADO, A. R. *Revisão sistemática da literatura*. Mossoró, RN: Edições UERN, 2024. 92 p.

SEABRA-SANTOS, Maria João et al . Escala de Sentido de Competência Parental (PSOC): estudos psicométricos. *Aval. psicol.*, Itatiba, v. 14, n. 1, p. 97-106, abr. 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712015000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 set. 2025.

SERRA-PINHEIRO, M. A. *et al.* Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 273–276, dez. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000400013>

SEVIGNY, P. R.; LOUTZENHISER, L. Parental stress and parenting efficacy: Implications for children with behavioral disorders. *Journal of Family Psychology*, Washington v. 24, n. 2, p. 237–246, 2010. DOI: doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00980.x.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; SERRALVO, F. S. A importância da abordagem familiar na atenção psicossocial: um relato de experiência. *Nova perspect. sist.*, São Paulo, v. 26, n. 57, p. 69-84, abr. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412017000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 nov. 2025.

SILVA, T. S. *et al.* TOD: perspectivas comportamentais e sua associação ao TDAH e à TC. *Residência Pediátrica*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 1–4, 2022. DOI: 10.25060/residpediatr-2022.v12n1-433.

SILVA, J. da S. e; DELTRUDES, G. da S. A.; IWATA, J. K. Sobrecarregados pelo cuidado: a exaustão física e emocional dos cuidadores de pessoas com necessidades especiais. *Revista Foco*, [S. l.], v. 18, n. 11, p. e10434, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco.v18n11-071

SMITH, J. D.; JORDAN, N.; AGAZZI, H. Parent-Child Interaction Therapy for Children with Callous-Unemotional Traits: Adaptations and Outcomes. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 18–34, 2024. DOI: 10.1177/15346501241279597

SOUSA, J. M. *et al.*. Cuidado centrado na pessoa na atenção psicossocial: desafios para a relação terapêutica na perspectiva de profissionais. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 27, pág. e20230007, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2023-0007pt>.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S.. Saúde mental infantojuvenil e desafios do campo: reflexões a partir do percurso histórico/Child and adolescent mental health and field challenges: reflections from the historical path. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 439–447, 2015. DOI: 10.4322/0104-4931.ctoAR0479.

TAÑO, B. L.. *A constituição de ações intersetoriais de atenção às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico*. 2017. Tese (Doutorado em Educação Especial) — Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/20.500.14289/8803>. Acesso em: 27 nov. 2025.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S.; MINATEL, M. M. Atenção Psicossocial e intersectorialidade: entre o lugar do saber e o saber do lugar. In FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO, B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. (Orgs.). *Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial*. Barueri: Manole Saúde, 2021. ISBN 978-65-5576-192-4.

TAÑO, B. L. *et al.* Crianças, adolescentes e suas famílias: proposições para práticas comprometidas com o encontro. In: FERNANDES, A. D. S. A.; TAÑO, B. L.; CID, M. F. B.; MATSUKURA, T. S. (Orgs.). *Saúde mental de crianças e adolescentes e atenção psicossocial*. Barueri: Manole Saúde, 2021. ISBN 978-65-5576-192-4.

TAÑO, B. L.; LEÃO, A.; CONSTANTINIDIS, T. *et al.* Terapia Ocupacional em saúde mental: perfil das pesquisadoras brasileiras. *Revista Sustinere*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 285–306, 2024. DOI: 10.12957/sustinere.2024.64932.

TÁPARO, F. A.; CONSTANTINIDIS, T. C.; CID, M. F. B.. Os fazeres da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental infantojuvenil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 32, p. e3568, 2024. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO273935681>

TAVARES, J. DE N.. O cuidado psicossocial no campo da saúde mental infantojuvenil: desconstruindo saberes e reinventando saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1176–1188, out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012717>.

TEIXEIRA, E. B. A análise de dados na pesquisa científica: importância e desafios em estudos organizacionais. In: ENCONTRO DE ESTUDOS ORGANIZACIONAIS, 1., 2003, Recife. Anais [...]. Recife: ANPAD, 2003. DOI: <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2003.2.177-201>

TREIER, A. K. et al. Process mechanisms in behavioral versus nondirective guided self-help for parents of children with externalizing behavior. *Child Psychiatry & Human Development*, [S.l.], 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10578-024-01645-9>.

UBERABA (MG). Prefeitura Municipal de Uberaba. *Portal da Prefeitura*. Disponível em: <https://portal.uberaba.mg.gov.br/>. Acesso em: 24 nov. 2025.

URSI, E. S. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2005. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/7hS3VgZvTs49LNX9dd85VVb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jun. 2025.

UTZIG, S. M. et al. Estratégias educacionais para promover a interação social de crianças com transtorno opositor desafiador (TOD) no âmbito escolar: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Inter-Ação*, Goiânia, v. 47, n. 1, p. 250–263, 2022. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/interacao/article/view/71370>. Acesso em: 30 set. 2025.

VALERO-AGUAYO, L. et al. Meta-analysis of the efficacy and effectiveness of Parent Child Interaction Therapy (PCIT) for child behaviour problems. *Psicothema*, Espanha, v. 33, n. 4, p. 544-555, nov. 2021. DOI: 10.7334/psicothema2021.70.

VALLE, L. F. do; ALVES, A. T. P.; KAMINSKI, V. de L. Transtorno opositor desafiador no paciente pediátrico e opções de tratamentos não farmacológicos. *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 13, n. 12, e31131247496, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i12.47496

VAN DOORNIK, R. S. et al. The short- and longer-term effects of brief behavioral parent training versus care as usual in children with behavioral difficulties: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, [S.l.], v. 24, n. 1, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05448-2>.

VIANA, L. R.; MARTINS, M. das G. T. Transtorno de Oposição Desafiante (TOD): Intervenção Cognitivo-Comportamental. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 8, n. 12, p. 355–373, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.51891/rease.v8i12.8024>

VIDA, C. P. DA C.; SILVA, C. C. B. DA .. Práticas de ajuda oferecidas às famílias em programas de Intervenção Precoce na Infância em Centros Especializados em Reabilitação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. e320407, 2022. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320407>

VIEIRA, A. C. M. D.; PINTO, J. M. *Saúde mental infantojuvenil e o papel do CAPS: uma análise a partir de oficinas com profissionais de Franco da Rocha (SP)*. Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional/SES, elaborada no Instituto de Saúde, São Paulo, 2018.

WEBER, L.; COLUSSI, C. F. A Integralidade na Rede de Atenção Psicossocial: Percepções de Gestores, Trabalhadores e Usuários. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, Juazeiro do Norte, Ceará, v. 12, n. 3, p. 4243–4254, 2024. DOI: 10.16891/2317-434X.v12.e3.a2024.pp4243-4254.

WEBSTER-STRATTON, Carolyn. The Incredible Years: evidence-based early intervention programs. [S.l.]: The Incredible Years, [2025]. Disponível em: <https://www.incredibleyears.com/>. Acesso em: 4 jun. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO Results Report 2022-2023: Programme budget 2022–2023. Genebra: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2022-2023>. Acesso em: 25 nov. 2025.

YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev. Polis Psique*, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 173-190, abr. 2018. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v8n1/v8n1a11.pdf>. Acesso em: 30 set 2025.

ZOLIN, B. TDAH e TOD: o que fazer quando os transtornos aparecem juntos? Portal Drauzio Varella, 26 jan. 2024. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/pediatria/tdah-e-tod-o-que-fazer-quando-os-transtornos-aparecem-juntos/>. Acesso em: 27 nov. 2025.

ANEXO I

Escala SNAP - IV

ESCALA SNAP-IV

(Versão em português: (MATOS, P et al. *Revista de Psiquiatria RS*, v. 3, n. 28, p. 290-297, set./dez. 2006)³.

Marque um X na coluna que melhor descreve o comportamento da criança ou adolescente.

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
	o	o	e	

1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7. Perde coisas necessárias para atividades (brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia a dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				
12. Corre de um lado para o outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não para ou frequentemente está a “mil por hora”				
15. Fala em excesso				
16. Responde perguntas de forma precipitada antes que elas tenham sido terminadas				
17. Tem dificuldade em esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (nas conversas, jogos, etc.)				

ANEXO II

Escala de Senso de Competência Parental (PSOC)
(Desenvolvida por Johnston e Mash, 1989)
(Tradução Moura, et al. 2020)

Em seguida, apresentam-se 17 frases que procuram descrever os seus sentimentos sobre ser mãe ou pai. Por favor, leia atentamente cada frase e assinale em que medida crê que refletem o que sente, elegendo entre as seguintes opções:

	Descordo totalmente	Descordo	Descordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
01. Eu já aprendi que os problemas que se tem ao cuidar de filhos são facilmente resolvidos quando se sabe como minhas ações afetam a criança.						
02. Embora ser mãe/pai possa ser gratificante em alguns momentos, atualmente me sinto frustrada.						
03. Como mãe, eu durmo e acordo sentindo que não alcancei muitas coisas na vida.						
04. Não sei porquê, mas sinto que estou sendo manipulada pelo meu filho, quando eu deveria estar no controle.						
05. Minha mãe estava mais preparada para ser uma boa mãe do que eu.						
06. Eu seria um exemplo para uma pessoa que quer aprender como ser uma boa mãe/bom pai.						
07. Ser mãe/pai é algo possível de administrar e qualquer problema pode ser facilmente resolvido.						
08. A maior dificuldade de ser mãe/pai é não saber que você está fazendo um bom trabalho.						
09. Sinto que não estou conseguindo atingir meus objetivos com mãe/pai.						
10. Superei minhas expectativas em ser mãe /pai pela experiência em cuidar do meu filho.						
11. Se alguém pode descobrir o que está incomodando meu filho, essa pessoa sou eu.						
12. Meus talentos e interesses estão direcionados a outras áreas, mas não em ser mãe/pai.						
13. Considerando o tempo que me tornei mãe/pai, posso dizer que estou bem familiarizada com esse papel.						
14. Se a função de mãe fosse um pouco mais interessante, eu ficaria mais motivada em fazer um melhor trabalho.						
15. Eu acredito que tenho todas as habilidades necessárias para ser uma boa mãe.						
16. Ser mãe/pai é algo que me deixa tensa (o) e ansiosa(o).						
17. Ser uma boa mãe/bom pai é algo gratificante por si só.						

Anexo III

Autorização Secretaria Municipal de Saúde



UBERABA
Cidade do Rio Paraíba
Secretaria de Saúde

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO E
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Formulário: SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA

SEÇÃO DE EDUCAÇÃO
EM SAÚDE - SES

(A SER PREENCHIDO PELA SES)

SUBMISSÃO DE PROJETO Nº 37 / 2024

Uberaba, 20 de novembro de 2024.

Senhora Secretária,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de projeto de pesquisa:

Nome da Instituição Pesquisadora: Universidade Federal de São Carlos

Nome do Pesquisador responsável: Kaíla da Silva Bontempo

CPF: 015812756-09

Curso:

Finalidade de uso dos resultados do projeto de pesquisa (assinale somente uma):

☐ Trabalho de Conclusão de Curso ☐ Dissertação ☒ Tese ☐ Revista científica ☐ Evento

Título: O Transtorno Opositivo Desafiante em crianças e adolescentes e seus impactos na saúde mental do cuidador principal: desenvolvimento de um programa de orientação parental em Terapia Ocupacional para o cotidiano das famílias.

Local de realização: Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil - CAPSij

Objetivo: Elaborar, implementar e propor um programa de orientação parental em terapia ocupacional a partir da compreensão dos impactos da saúde mental do familiar cuidador principal na saúde mental da criança e adolescente com Transtorno Opositor Desafiador.

Justificativa: A dinâmica familiar, deve ser considerada junto com os fatores individuais para intervenções mais eficazes com crianças e adolescentes com TOD. Logo, o treinamento de habilidades parentais, pode ser assertivo no desenvolvimento comportamental e emocional adequado das crianças e adolescente com TOD (BAIÃO, HERÊNIO, CARVALHO, 2022). Diante o exposto, propõe-se a seguinte questão de pesquisa: A saúde mental do cuidador principal influencia na saúde mental da criança e adolescente com TOD?

Metodologia: O estudo será composto por quatro etapas:

- Etapa 1. – Revisão da literatura para identificação de programas e ou estratégias de orientação parental nos casos de TOD. Será realizada uma revisão integrativa da literatura dos últimos dez anos na base de dados Scielo.
- Etapa 2. – Refere-se a um período de seleção da amostra por conveniência, a fim de identificar e caracterizar crianças e adolescente que possuem diagnóstico de Transtorno Opositor Desafiador;

Av. Guilherme Ferreira, 1539 - CEP 38022-200 - (34) 3331-2732
educacao.saude@edu.uberabadigital.com.br (eventos e cursos)
estagio.saude@edu.uberabadigital.com.br - pesquisa.saude@edu.uberabadigital.com.br



UBERABA
GOVERNO MUNICIPAL
SECRETARIA DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO E
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Formulário: SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA

SEÇÃO DE EDUCAÇÃO
EM SAÚDE - SES

- Etapa 3. – Refere-se a um período de avaliação da saúde mental do familiar cuidador desta criança ou adolescente e da percepção dos mesmos sobre sentimentos relacionados ao cuidado com os filhos. Este segundo período ocorrerá através de instrumentos padronizados e questionários, e um período de intervenção grupo de orientação parental (4 semanas).
- Etapa 4. Estudo de natureza teórica para elaboração de uma proposta de orientação parental em terapia ocupacional baseada nos resultados da revisão de literatura e nos dados advindos das etapas anteriores.

Cronograma de execução do projeto:

N. º	ETAPAS DA EXECUÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA*	MÊS / ANO
1	Início da coleta de dados na rede municipal de saúde	02/2025
2	Término da coleta de dados na rede municipal de saúde	04/2025
3	Conclusão do projeto (previsão)	06/2025
4	Defesa pública (banca avaliadora) – se for a finalidade	06/2025
5	Submissão para publicação (revista ou Anais...) – se for a finalidade	06/2025

*Estas etapas permitirão: compreender melhor o período de execução do projeto e o planejamento com a equipe da rede de saúde.

ANUÊNCIA INSTITUCIONAL (TAI-SMS)

Termo de Anuência Institucional (TAI-SMS): Em conformidade com o Artigo 10 da Resolução CNS nº 580, de 22 de março de 2018, a Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, na qualidade de participante/coparticipante da pesquisa, declara estar plenamente ciente dos objetivos e das responsabilidades inerentes à sua condução.

Parecer da Secretaria Municipal de Saúde quanto ao Termo de Anuência Institucional e Execução da Pesquisa:

☒ Deferido ☐ Indeferido

Data: 21/11/2024


Sandra Mara Polveiro da Silva Oliveira
Chefe de Depto. de Gestão do Trabalho e da
Educação em Saúde
Decreto 2124/2022


Valdirene Rogha Costa Alves
Secretária de Saúde
Decreto: 3768/2023



UBERABA
GOV. MUNICÍPIO
SECRETARIA DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DO TRABALHO E
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Formulário: SUBMISSÃO DE PROJETO DE PESQUISA

SEÇÃO DE EDUCAÇÃO
EM SAÚDE - SES

Declaro estar ciente da relevância da apresentação do **Aceite do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)** após a aprovação e bem como da entrega de cópia da publicação (TCC, dissertação, tese ou artigo), quando concluída, para seu registro na Seção de Educação em Saúde da SMS.

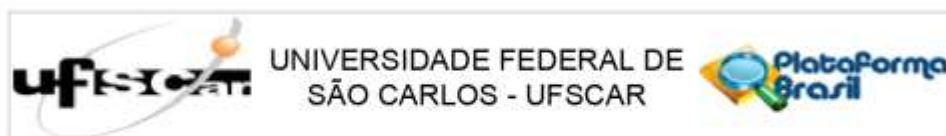
Ciente do solicitante:

Data: 20/11/2024.

Nome: Kaila da Silva Bontempo

CPF: 01581275609

Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O Transtorno Opositivo Desafiante em crianças e adolescentes e seus impactos na saúde mental do cuidador principal: desenvolvimento de um programa de orientação parental em Terapia Ocupacional para o cotidiano das famílias.

Pesquisador: KAILA DA SILVA BONTEMPO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86433924.0.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional - PPGTO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.649.138

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2464988.pdf, de 04/05/2025) e/ou do Projeto Detalhado (Projeto_doutorado_Kaila_modificado_2025.pdf, de 04/05/2025):

RESUMO

A literatura revela que pessoas com Transtorno de Oposição Desafiante ou Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) apresentam padrões de comportamento antissocial, desafiador ou agressivo, repetitivo e persistente. Exibem também problemas de autocontrole das emoções, respondendo de maneira a contrariar ou desafiar quem está a sua volta. Assim, o cotidiano e as rotinas ficam comprometidas, especialmente aquelas que se desenvolvem nos contextos familiares. O objetivo desta pesquisa consiste em elaborar, implementar e propor um programa de orientação parental em terapia ocupacional a partir da compreensão dos impactos da saúde mental do familiar cuidador principal na saúde mental da criança e adolescente com Transtorno Opositor Desafiador. Método - A pesquisa está estruturada em quatro etapas. Etapa 1. 1. Revisão da literatura para identificação de programas e ou estratégias de orientação

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

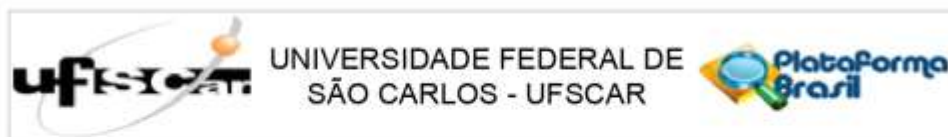
UF: SP

Telefone: (16)3351-9685

Município: SÃO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 7.649.138

parental nos casos de TOD. A Etapa 2 refere-se a um período de seleção da amostra de participantes a fim de identificar e caracterizar os responsáveis principais, crianças e adolescente que possuem diagnóstico de Transtorno Opositor Desafiador; Etapa 3. ζ Consiste na avaliação da saúde mental do familiar cuidador desta criança ou adolescente e da percepção destes em relação aos sentimentos relacionados ao cuidado com os filhos. Este período ocorrerá através da aplicação de instrumentos padronizados e questionários. A Etapa 4 refere-se a um estudo de natureza teórica para elaboração de uma proposta de orientação parental em terapia ocupacional baseada nos resultados da revisão de literatura e nos dados advindos das etapas anteriores. O projeto será submetido ao Comitê de ética da UFSCar para seguir todas as recomendações de pesquisa que envolvem seres humanos. Somente a partir da anuência pelo referido Comitê os dados de campo serão coletados, diante do aceite dos participantes. A análise de dados referente à etapa de revisão será feita mediante procedimentos de análise bibliométrica e de conteúdo, já os dados advindos na aplicação dos instrumentos de avaliação será feita por meio de programas e tratamentos estatísticos. O programa de orientação parental será elaborado mediante a triangulação de dados vindos da revisão da literatura, dos resultados dos instrumentos e das condições de vida das pessoas, podendo inclusive serem programas de orientação parental individualizados.

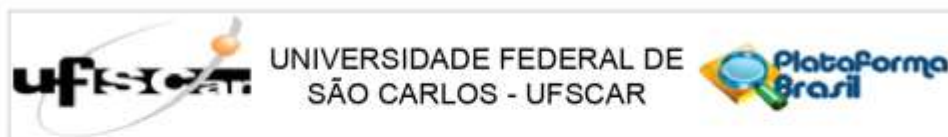
HIPÓTESE

As hipóteses a serem testadas são: H0 ζ A saúde mental do familiar cuidador principal está diretamente relacionada na saúde mental da criança ou adolescente com Transtorno Opositor Desafiador. H1 - Quando a saúde mental do familiar cuidador está comprometida há um aumento dos sintomas comportamentais das crianças e adolescente com Transtorno Opositor Desafiador. H2 - Orientações parentais direcionadas aos familiares cuidadores geram impactos positivos na saúde mental da criança e adolescente com Transtorno Opositor Desafiador.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa correlacional, descritiva exploratória, de abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva ζ exploratória ζ busca investigar fenômenos a partir de dados menos presos a números e mais ligados a discursos e subjetividade ζ (CORDEIRO, et al. 2023, p. 11678). O estudo será composto por quatro etapas: Etapa 1. Revisão da literatura para identificação de programas e ou estratégias de orientação parental nos casos de TOD. Será realizada uma revisão integrativa da literatura dos últimos dez anos na base de dados Scielo. Etapa 2.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SÃO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 7.649.138

Refere-se a um período de seleção da amostra por conveniência, a fim de identificar e caracterizar crianças e adolescente que possuem diagnóstico de Transtorno Opositor Desafiador; Etapa 3. Refere-se a um período de avaliação da saúde mental do familiar cuidador desta criança ou adolescente e da percepção dos mesmos sobre sentimentos relacionados ao cuidado com os filhos. Este segundo período ocorrerá através de instrumentos padronizados e questionários, e um período de intervenção grupo de orientação parental (4 semanas). Etapa 4. Estudo de natureza teórica para elaboração de uma proposta de orientação parental em terapia ocupacional baseada nos resultados da revisão de literatura e nos dados advindos das etapas anteriores.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

1) familiares que são responsáveis e cuidadores diretos da criança ou adolescente selecionados e frequentam o serviço CAPSiJ.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

1) familiares que não concordarem com a pesquisa e não assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 3) crianças e adolescentes e respectivos familiares que recusarem participação voluntária no estudo; 2) familiares que não residem com as crianças e os adolescentes no momento da pesquisa (crianças e adolescentes residentes em casa de Proteção e Acolhimento, e adolescentes que estão cumprindo medida socioeducativa).

Objetivo da Pesquisa:

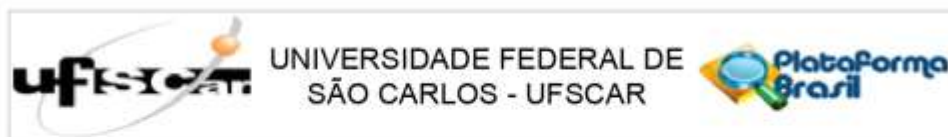
Elaborar, implementar e propor um programa de orientação parental em terapia ocupacional a partir da compreensão dos impactos da saúde mental do familiar cuidador principal na saúde mental da criança e adolescente com Transtorno Opositor Desafiador.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato a Sr (a) ou a seu (sua) filho (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, como desconforto e constrangimento por ter que responder ao instrumento que avaliará o desempenho e comportamento do (a) seu (sua) filho (a). Para minimizar esses possíveis desconforto e constrangimento a pesquisadora compromete-se a explicar os objetivos da pesquisa, os

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SÃO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 7.649.138

procedimentos, os cuidados éticos e efetivar ações junto ao CAPSij, a Sr (a) e seu (sua) filho (a) para favorecer o desenvolvimento. Caso Sr (a) se sinta desconfortável ou receoso com qualquer questão da pesquisa, ou ainda se sinta cansado ou exposto, a pesquisa poderá ser interrompida, porém a pesquisadora se compromete em atentar para segurança e privacidade dos participantes, bem como prevenir e/ou minimizar eventuais riscos, de acordo com os termos contidos na resolução CNS N°466/1. ALÉM DESSES RISCOS, DESTACAMOS QUE EM FUNÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO AMBIENTE VIRTUAL EXISTEM RISCOS RELACIONADOS À CONFIDENCIALIDADE E POTENCIAL RISCO DE SUA VIOLAÇÃO. PARA MINIMIZAR ESSES RISCOS AS PESQUISADORAS ARMAZENARÃO TODOS OS DADOS EM UM DISPOSITIVO ELETRÔNICO LOCAL, COM O OBJETIVO DE ASSEGURAR O SIGILO, CONFIDENCIALIDADE E MANUTENÇÃO DE SUAS INFORMAÇÕES NUM AMBIENTE NÃO COMPARTILHADO, OS SEUS DADOS PESSOAIS, TAIS COMO NOME, IDADE, EMAIL, TELEFONE, ESTARÃO PROTEGIDOS SEGUNDO AS NORMAS DO ARTIGO 5º DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS e LGPD e N° 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018.

BENEFÍCIOS:

Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre o Transtorno Opositivo Desafiante relacionado a saúde mental do cuidador principal, na elaboração de novas estratégias de cuidado em saúde mental e na formulação de políticas públicas de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

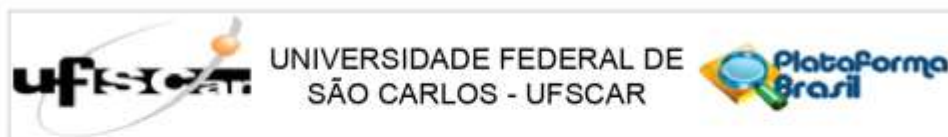
Documentação corretamente apresentada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Agradecemos as providências e os cuidados tomados pelos pesquisadores ao apresentarem a 2ª versão do protocolo de pesquisa ao CEP da UFSCar. Trata-se de análise de resposta ao parecer pendente n. 7.509.075 emitido pelo CEP em 15/04/2025.

1. PENDÊNCIA 1 - Corrigir a descrição dos critérios de inclusão e exclusão nos documentos PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2464988.pdf e no Projeto_doutorado_2024.pdf

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235		CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA		
UF: SP	Município: SAO CARLOS	
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br	



Continuação do Parecer: 7.649.138

deixando alinhado com o TCLE apresentado

Resposta: Crianças e adolescentes não fornecerão informações para esta pesquisa, portanto serão retiradas as informações que consta sobre participação das mesmas. Na metodologia do projeto foram modificadas as seguintes sentenças, excluindo a parte que induzia a perceber que crianças e adolescentes forneceriam dados para esta pesquisa

ANÁLISE: Pendência atendida.

2. PENDÊNCIA 2: - No TCLE, acrescentar como os participantes terão acesso aos resultados da pesquisa. Dados gerais da pesquisa serão compartilhados com os participantes em formato específico (como folder com dados resumidos)? Haverá divulgação do produto final entre os participantes (como o exemplar no repositório institucional ou artigo científico)?

Resposta: Inseriu-se as seguintes sentenças para atender este item: No TCLE destinado aos pais/cuidadores: *¿ AO FINAL DA PESQUISA VOCÊ TERÁ ACESSO A TODO MATERIAL PRODUZIDO POR NÓS (PARTICIPANTES E PESQUISADORA) POR MEIO DE UM FOLDER EXPLICATIVO PARA QUE CONTINUE APLICANDO AS TÉCNICAS APRENDIDAS EM CASA (p. 35). ¿ O PRODUTO FINAL, A TESE DE DOUTORADO, SERÁ SUBMETIDA NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFSCAR E ARTIGOS CIENTÍFICOS SERÃO ELABORADOS COM OS DADOS COLETADOS. REITERO O SIGILO, E AFIRMO QUE NENHUM MOMENTO SEUS DADOS OU DE SEUS FILHOS SERÃO DIVULGADOS (p. 35).*

ANÁLISE: Pendência atendida.

3. PENDÊNCIA 3: - No TCLE, para além do direito de interrupção imediata da entrevista, acrescentar se haverá algum outro tipo de apoio e encaminhamento? Por exemplo, escuta qualificada, intervenção e/ou fornecimento de uma lista de serviços de atenção (e, saúde, educação e social) que existem no município para ajudar o participante em sua demanda.

Resposta: Modificou-se as seguintes sentenças para atender este item: *¿ Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre o Transtorno Opositivo Desafiante relacionado a saúde mental do cuidador principal, na elaboração de novas estratégias de cuidado em saúde mental e na formulação de políticas públicas de saúde. EM QUALQUER MOMENTO DA PESQUISA, caso haja necessidade, o (a) Sr (a) será encaminhado a um serviço de acompanhamento de saúde OU ASSISTÊNCIA SOCIAL do município (p. 34).*

ANÁLISE: Pendência atendida.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

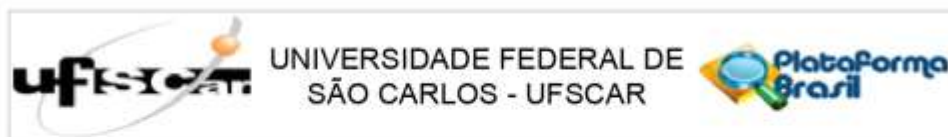
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 7.649.138

4. PENDÊNCIA 4: - O TCLE não garante o direito do participante buscar indenização de eventuais danos derivados da pesquisa, conforme Resolução n.466/12, item IV.3, h. Solicita-se inserir.

Resposta: Para atender a solicitação foram acrescentados os seguintes trechos. *“CASO OCORRA ALGUM PROBLEMA OU DANO COM O(A) SR.(A) OU SEU FILHO (A), RESULTANTE DESTA PESQUISA, O(A) SR.(A) RECEBERÁ TODO O ATENDIMENTO NECESSÁRIO, SEM NENHUM CUSTO PESSOAL E PELO TEMPO QUE FOR NECESSÁRIO, GARANTIDO O DIREITO A INDENIZAÇÃO CONFORME ITENS III.2.0, IV.4.C, V.3, V.5 E V.6 DA RESOLUÇÃO CNS Nº 466/2012 (p. 35).*

ANÁLISE: Pendência atendida.

5. PENDÊNCIA 5: - Necessário indicar no método e no TCLE como os dados serão usados e cuidados (quem terá acesso, como serão arquivados ou se serão apagados/excluídos após um determinado período de no mínimo 5 anos, sobre a responsabilidade de não deixar em nuvens de uma rede global de servidores), bem como os riscos no ambiente virtual e seus procedimentos cautelares, conforme Circular n.1/2021, item 3 e seus subitens, em relação à segurança na transferência e no armazenamento dos dados.

Resposta: Para atender à solicitação foram acrescentados os seguintes trechos. 1) Na metodologia inserido ao final do item 4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS, no subitem 4.5.1 Outros compromissos éticos e sociais da pesquisa (p. 12): b) A FIM DE MINIMIZAR RISCOS CARACTERÍSTICOS DO AMBIENTE VIRTUAL EM FUNÇÃO DAS LIMITAÇÕES DAS TECNOLOGIAS UTILIZADAS, TODOS OS DADOS SERÃO ARMAZENADOS EM UM DISPOSITIVO ELETRÔNICO LOCAL, COM O OBJETIVO DE ASSEGURAR O SIGILO, CONFIDENCIALIDADE E MANUTENÇÃO DE SUAS INFORMAÇÕES NUM AMBIENTE NÃO COMPARTILHADO. OS DADOS ARQUIVADOS SERÃO APAGADOS APÓS 5 ANOS DE FINALIZAÇÃO DESTA PESQUISA. OS DOCUMENTOS IMPRESSOS COMO CÓPIA DO TCLE E RESPOSTAS DOS QUESTIONÁRIOS SERÃO INCINERADOS APÓS O PRAZO DE 5 ANOS. c) OS DADOS PESSOAIS, TAIS COMO NOME, IDADE, EMAIL, TELEFONE, ESTARÃO PROTEGIDOS SEGUNDO AS NORMAS DO ARTIGO 5º DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS *“LGPD”* Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018, 2) No TCLE, acrescentado o seguinte trecho: ALÉM DESSES RISCOS, DESTACAMOS QUE EM FUNÇÃO DAS LIMITAÇÕES DO AMBIENTE VIRTUAL EXISTEM RISCOS RELACIONADOS À CONFIDENCIALIDADE E POTENCIAL RISCO DE SUA VIOLAÇÃO. PARA MINIMIZAR ESSES RISCOS AS PESQUISADORAS ARMAZENARÃO TODOS OS DADOS EM UM DISPOSITIVO ELETRÔNICO LOCAL, COM O OBJETIVO DE ASSEGURAR O SIGILO, CONFIDENCIALIDADE E MANUTENÇÃO DE SUAS INFORMAÇÕES NUM

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

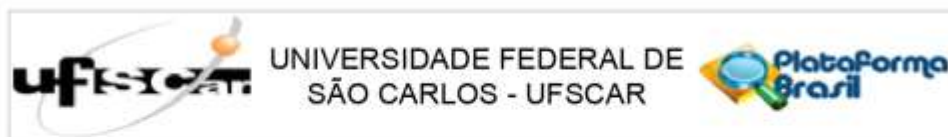
UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 7.649.138

AMBIENTE NÃO COMPARTILHADO. OS SEUS DADOS PESSOAIS, TAIS COMO NOME, IDADE, EMAIL, TELEFONE, ESTARÃO PROTEGIDOS SEGUNDO AS NORMAS DO ARTIGO 5º DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS - LGPD - Nº 13.709, DE 14 DE AGOSTO DE 2018 (p. 34).

ANÁLISE: Pendência atendida.

6. PENDÊNCIA 6: Considerando as pendências acima citadas, o cronograma necessita ser atualizado, de modo que a pesquisa ocorra após aprovação por este CEP, conforme Resolução n. 466/12.

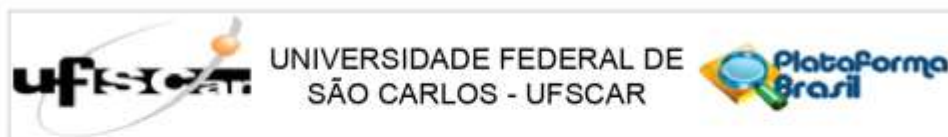
Resposta: O cronograma foi modificado para atender os novos prazos.

ANÁLISE: Pendência atendida.

7. PENDÊNCIA 7: No TCLE, acrescentar o seguinte trecho: "Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas.

Resposta: Item acrescentado ao final do projeto no apêndice TCLE conforme orientado. ESTE PROJETO DE PESQUISA FOI APROVADO POR UM COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) QUE É UM ÓRGÃO QUE PROTEGE O BEM-ESTAR DOS PARTICIPANTES DE PESQUISAS. O CEP É RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS ASPECTOS ÉTICOS DE TODAS AS PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS, VISANDO GARANTIR A DIGNIDADE, OS DIREITOS, A SEGURANÇA E O BEM-ESTAR DOS PARTICIPANTES DE PESQUISAS. CASO VOCÊ TENHA DÚVIDAS E/OU PERGUNTAS SOBRE SEUS DIREITOS COMO PARTICIPANTE DESTE ESTUDO, ENTRE EM CONTATO COM O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS (CEP) DA UFSCAR QUE ESTÁ VINCULADO À PRÓREITORIA DE PESQUISA DA UNIVERSIDADE, LOCALIZADO NO PRÉDIO DA REITORIA (ÁREA SUL DO CAMPUS SÃO CARLOS). ENDEREÇO: RODOVIA WASHINGTON LUIZ KM 235 - CEP: 13.565-905 - SÃO CARLOS-SP. TELEFONE: (16) 3351-9685. E-MAIL: CEPHUMANOS@UFSCAR.BR. HORÁRIO DE ATENDIMENTO: DAS 08:30 ÀS 11:30. O CEP ESTÁ VINCULADO À COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA (CONEP) DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS), E O SEU FUNCIONAMENTO E ATUAÇÃO SÃO REGIDOS PELAS NORMATIVAS DO CNS/CONEP. A CONEP TEM A FUNÇÃO DE IMPLEMENTAR AS NORMAS E DIRETRIZES REGULAMENTADORAS DE PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS, APROVADAS PELO CNS, TAMBÉM ATUANDO CONJUNTAMENTE COM UMA REDE DE COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) ORGANIZADOS NAS INSTITUIÇÕES ONDE AS PESQUISAS SE REALIZAM. ENDEREÇO: SRTV 701, VIA W 5 NORTE, LOTE D - EDIFÍCIO PO 700, 3º ANDAR - ASA NORTE - CEP: 70719-040 -

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SÃO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 7.649.138

BRASÍLIA-DF. TELEFONE: (61) 3315-5877 E-MAIL: CONEP@SAUDE.GOV.BR.

ANÁLISE: Pendência atendida.

8. PENDÊNCIA 8: No TCLE, acrescentar endereço e e-mail do pesquisador.

Resposta: Item acrescentado ao final do projeto no apêndice TCLE conforme orientado. DADOS PARA CONTATO (24 HORAS POR DIA E SETE DIAS POR SEMANA): PESQUISADOR RESPONSÁVEL: KAILA DA SILVA BONTEMPO ENDEREÇO: RUA 1, 319, CONDOMÍNIO PORTAL BEIJA FLOR CONTATO TELEFÔNICO: 34 998882630 E-MAIL: KAILASBONTEMPO@HOTMAIL.COM (p. 3).

ANÁLISE: Pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. Conforme dispõe o Capítulo VI, Artigo 28, da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2464988.pdf	04/05/2025 21:22:11		Aceito
Outros	carta_resposta_versao_1_maior_2025.pdf	04/05/2025 21:21:45	KAILA DA SILVA BONTEMPO	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

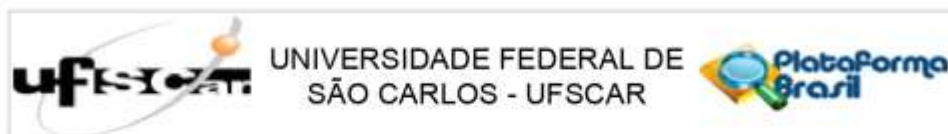
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 7.649.138

Cronograma	CRONOGRAMA_MODIFICADO_MAIO_2025.pdf	04/05/2025 21:21:36	KAILA DA SILVA BONTEMPO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_doutorado_Kaila_modificado_2025.pdf	04/05/2025 21:21:23	KAILA DA SILVA BONTEMPO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pais_modificado_2025.pdf	04/05/2025 21:20:19	KAILA DA SILVA BONTEMPO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_CEPassinada.pdf	09/12/2024 10:57:14	KAILA DA SILVA BONTEMPO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_SMS.pdf	02/12/2024 19:01:03	KAILA DA SILVA BONTEMPO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 17 de Junho de 2025

Assinado por:

Adriana Sanches Garcia de Araújo
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Anexo V

Autorização Gerência CAPSi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Termo de Consentimento e Esclarecimento Institucional – CAPS ij Uberaba -
MG

Eu Pâmela da S. Rodrigues, portador (a) do CPF 0817869622, responsável legal pelo cargo de gerente do Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil - CAPSiij, aceito participar como instituição co-participante da pesquisa intitulada “O Transtorno Opositivo Desafiante em crianças e adolescentes e seus impactos na saúde mental do cuidador principal: desenvolvimento de um programa de orientação parental em Terapia Ocupacional para o cotidiano das famílias.”, sob responsabilidade da pesquisadora Kaila da Silva Bontempo². Autorizo que a pesquisadora citada anteriormente adentre nas dependências do CAPS ij para a realização da coleta de dados referentes a saúde mental das crianças e adolescentes com diagnóstico de Transtorno Opositivo Desafiante e seus respectivos familiares/cuidadores.

“Declaro ter lido e concordar com o parecer ético nº 7649138 emitido pelo CEP da instituição proponente, Universidade Federal de São Carlos¹, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar”.

P. Rodrigues
Pamela da Silva Rodrigues
Gerente CAPS Infante Juvenil

K. Bontempo
Kaila da Silva Bontempo
Pesquisadora

Uberaba-MG, 22 de junho de 2025.

¹Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

² Terapeuta Ocupacional. Mestre em Terapia Ocupacional. Telefone para contato: (034) 99888-2630. Email: kailasbontempo@hotmail.com

APÊNDICE I
FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Este formulário foi elaborado pela pesquisadora responsável Kaíla da Silva Bontempo do projeto de doutorado intitulado “O Transtorno Opositivo Desafiante em crianças e adolescentes e seus impactos na saúde mental do cuidador principal: desenvolvimento de um programa de orientação parental em Terapia Ocupacional para o cotidiano das famílias”.

Nome da criança/adolescente: _____

Nome do responsável/participante: _____

Idade da criança/adolescente: _____ **Idade do Responsável:** _____

Gênero: () Masculino () Feminino

Grau de parentesco: () Mãe () Pai () Outro _____

Renda: () Classe A: mais de 15 salários mínimos;
 () Classe B: de 5 a 15 salários mínimos;
 () Classe C: de 3 a 5 salários mínimos;
 () Classe D: de 1 a 3 salários mínimos;
 () Classe E: até 1 salário mínimo.

Raça: () Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela

Situação empregatícia: () Desempregado () Aposentado () Empregado

Profissão: _____

Estado Civil: () Casado () Solteiro () União estável () Divorciado () Viúvo

A quanto tempo o seu filho (sua filha) tem diagnóstico de Transtorno Opositivo Desafiante? _____

O seu filho faz uso de medicação psiquiátrica? _____

O seu filho faz outros tratamentos fora do CAPSi? _____

Você faz tratamento psicológico ou psiquiátrico? () SIM () NÃO Se sim, qual o local? _____

APÊNDICE III

Entrevista semiestruturada dirigida aos cuidadores(a) principais de crianças e adolescentes com TOD para caracterização clínica e comportamental no cotidiano.

Este roteiro de entrevista busca compreender como o convívio com uma criança ou adolescente com Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) afeta a vida diária e no cotidiano das famílias.

As respostas são confidenciais e utilizadas apenas para fins de estudo de doutorado intitulado: "**PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO PARENTAL EM TERAPIA OCUPACIONAL PARA FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO OPOSITIVO DESAFIADOR**" dirigido pela pesquisadora Kaíla da Silva Bontempo.

Nesta entrevista parte-se do princípio de que não existem respostas certas ou erradas, apenas vivências diferentes em cada núcleo familiar.

ROTEIRO

BLOCO 1 – DADOS DA CRIANÇA E IDENTIFICAÇÃO DO(A) RESPONSÁVEL

Nome da criança/adolescente: _____

Nome do responsável da criança/ adolescente (parentesco): _____

Qual a idade da sua criança ou adolescente? _____

Gênero da criança ou adolescente Masculino () Feminino()

BLOCO 2 – COMPORTAMENTOS DA CRIANÇA NO CONTEXTO FAMILIAR NA PERSPECTIVA DO CUIDADOR

1. O (A) [*nome da criança/adolescente*] faz outros tratamentos fora do CAPSi? Quais?

2. Como é o comportamento da(o) [*nome da criança/adolescente*] em um dia típico?

--

3. O (a) [*nome da criança/adolescente*] resiste em seguir regras? Pode dar exemplos?

4. Você observa explosões emocionais desproporcionais do(a) {*nome da criança/adolescente*} nas situações do dia a dia? (Se sim)- Você poderia descrever algum episódio recente?

5. Quais comportamentos do(a) [*nome da criança/adolescente*] você considera mais preocupantes atualmente?

BLOCO 3 - IMPACTOS DO COMPORTAMENTO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE NO AMBIENTE FAMILIAR

6. Você acredita que os comportamentos da(o) [*nome da criança/adolescente*] afetam (a dinâmica familiar) o funcionamento da família no dia a dia? Como?

- 7. O que você sente que mudou na sua vida e de sua família desde que esses comportamentos começaram?**

- 8. De que maneira você acha que esses comportamentos afetam o bem-estar da criança/adolescente?**

- 9. De que maneira você acha que esses comportamentos afetam o bem-estar do restante da família?**

- 10. Na sua casa, quais estratégias você costuma usar para lidar com os comportamentos desafiadores da(o) *[nome da criança/adolescente]*? Eles Funcionam bem?**

- 11. Descreva quais mudanças mais significativas você percebeu no seu cotidiano após o início dos comportamentos associados ao TOD.**

12. Você sente que sua rotina e as suas tarefas diárias (trabalho, autocuidado, lazer, vida social) foram afetadas? Como?

13. Como você descreveria o ambiente em casa atualmente (ex. calmo, caótico, tenso)? Por quê?

14. Como você descreveria um dia de passeio/lazer com sua criança e adolescente com TOD?

BLOCO 4 – EXPECTATIVAS E SUPORTE FAMILIAR

15. O que você gostaria que mudasse no cotidiano da sua família?

--

16. Que tipo de ajuda você acredita que poderia melhorar o cotidiano de vocês?

17. Você percebe alguma mudança na sua saúde mental ou emocional desde que começou a lidar com o comportamento da criança/adolescente?

Sim () Qual? _____

Não ()

Não tenho certeza ()

18. Numa escala de 1 a 5, como você descreveria sua saúde mental/emocional neste momento?

1 () Muito boa	2 () Boa	3 () Mediana	4 () Ruim	5 () Muito Ruim
--------------------	--------------	------------------	---------------	---------------------

19. Você sente que tem tempo e energia suficientes para cuidar de si mesmo(a)? Por quê?

20. Você sente que tem uma rede de apoio para lidar suporte emocional nos dias difíceis? Pode ser rede de apoio familiar e de amigos ou rede de apoio por profissionais de saúde. Sim () Não ()

21. Quem são as pessoas que formam a sua rede de apoio? Pode ser rede de apoio familiar e de amigos ou rede de apoio por profissionais de saúde. Você pode escolher mais de uma opção.

22. Que tipo de apoio tem sido mais importante para você? Pode ser ajudar a cuidar, auxiliar nas atividades do dia a dia, apoio emocional, apoio financeiro, ou outro que julgar importante.

23. Se pudesse pedir uma ajuda ideal hoje, o que seria?

24. Gostaria de compartilhar mais alguma experiência ou sentimento sobre como tem sido viver com uma criança/adolescente com TOD?

APÊNDICE III
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO

(Resolução 466/2012 do CNS)

Prezados pais ou responsáveis,

O Sr (a) e seu filho (a) estão sendo convidados (as) como voluntários (as) para participar da pesquisa **“O Transtorno Opositivo Desafiante em crianças e adolescentes e seus impactos na saúde mental do cuidador principal: desenvolvimento de um programa de orientação parental em Terapia Ocupacional para o cotidiano das famílias.”**, que está sendo desenvolvida por Kaíla da Silva Bontempo, portadora do documento de identidade MG-8931377 e acadêmica de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

O objetivo deste estudo é: **pesquisar como está sua saúde mental enquanto cuidador principal de seu filho (sua filha) e dialogar sobre como sua saúde mental interfere nos sintomas apresentados pelo seu filho (filha)**. O (A) Sr (a) foi selecionado por ser pai/mãe ou responsável por uma criança ou adolescente com diagnóstico de Transtorno Opositivo Desafiante que frequenta o Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil (CAPSi) do município de Uberaba-MG, e a **sua participação não é obrigatória**.

O Transtorno Opositivo Desafiante é caracterizado por padrões de comportamento antissocial, desafiador ou agressivo que impedem o indivíduo de se relacionar socialmente em diversos ambientes como casa, escola, parques e outros lugares frequentados pela criança/adolescente. Atualmente é comprovado que a saúde mental dos cuidadores principais podem afetar significativamente a saúde mental das crianças e adolescentes.

Solicitamos a sua colaboração e a autorização para participação na pesquisa, para a realização das aplicações de três instrumentos e da intervenção de orientação parental. Também solicitamos sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e educação, e divulgação do trabalho em áreas acadêmicas. Por ocasião da publicação dos resultados, os nomes serão mantidos em **sigilo absoluto**.

A coleta de dados será composta por quatro instrumentos de avaliação. Primeiramente o (a) Sr (a) deverá responder a um questionário sociodemográfico. Em seguida, você responderá um

instrumento que avalia a presença dos sintomas de Transtorno Opositivo Desafiante no seu filho (sua filha). O tempo estimado de preenchimento de ambos os instrumentos é de 40 minutos.

Após, este primeiro momento, em um dia e horário a combinar, você deverá responder dois questionários referentes a como você percebe sua saúde mental e como você se sente ao prestar cuidados ao seu filho (sua filha). O tempo estimado de preenchimento dos questionários é de 1 hora.

Relembro que suas respostas serão tratadas de **forma anônima e confidencial**, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome ou de seu (sua) filho (a) em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada.

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato a Sr (a) ou a seu (sua) filho (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, como desconforto e constrangimento por ter que responder ao instrumento que avaliará o desempenho e comportamento do (a) seu (sua) filho (a). Para minimizar esses possíveis desconforto e constrangimento a pesquisadora compromete-se a explicar os objetivos da pesquisa, os procedimentos, os cuidados éticos e efetivar ações junto ao CAPSi, a Sr (a) e seu (sua) filho (a) para favorecer o desenvolvimento. Caso Sr (a) se sinta desconfortável ou receoso com qualquer questão da pesquisa, ou ainda se sinta cansado ou exposto, a pesquisa poderá ser interrompida, porém a pesquisadora se compromete em atentar para segurança e privacidade dos participantes, bem como prevenir e/ou minimizar eventuais riscos, de acordo com os termos contidos na resolução CNS N°466/1.

Além desses riscos, destacamos que em função das limitações do ambiente virtual existem riscos relacionados à confidencialidade e potencial risco de sua violação. Para minimizar esses riscos as pesquisadoras armazenarão todos os dados em um dispositivo eletrônico local, com o objetivo de assegurar o sigilo, confidencialidade e manutenção de suas informações num ambiente não compartilhado. Os seus dados pessoais , tais como nome, idade, email, telefone, estarão protegidos segundo as normas do artigo 5º da Lei Geral De Proteção De Dados – LGPD – nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.

O nosso terceiro momento será composto por **8** encontros de 1 hora em que serão discutidas maneiras de cuidar da sua saúde mental e melhorar a relação interpessoal com seu filho (sua filha). Estes encontros serão realizados no CAPSi.

Ao final da pesquisa você terá acesso a todo material produzido por nós (participantes e pesquisadora) por meio de um folder explicativo para que continue aplicando as técnicas aprendidas em casa.

Para participar deste estudo o Sr. (a) **não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.** Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) sr.(a) ou seu filho (a), resultante desta pesquisa, o(a) sr.(a) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e pelo tempo que for necessário, garantido o direito a indenização.

Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre o Transtorno Opositivo Desafiante relacionado a saúde mental do cuidador principal, na elaboração de novas estratégias de cuidado em saúde mental e na formulação de políticas públicas de saúde, em qualquer momento da pesquisa, caso haja necessidade, o (a) Sr (a) será encaminhado a um serviço de acompanhamento de saúde ou assistência social do município.

O produto final, a tese de doutorado, será submetida no repositório institucional da ufscar e artigos científicos serão elaborados com os dados coletados. Reitero o sigilo, e afirmo que nenhum momento seus dados ou de seus filhos serão divulgados.

Esclarecemos novamente que **participação no estudo é voluntária** e, reforçamos que não há compensação financeira por participação, portanto, o (a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não autorizar a participação no estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que o (a) Sr (a) vem recebendo do CAPSi. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

O (A) Sr (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas pelo Sr (a) e pelo pesquisador, onde consta o telefone do pesquisador principal. Sr (a) poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê De Ética Em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O cep é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o comitê de ética em pesquisa em seres humanos (CEP) da ufscar que está vinculado à próreitoria de pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus são carlos). Endereço: rodovia washington luís km 235 - cep: 13.565-905 - são carlos-sp. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30. O CEP está vinculado à Comissão Nacional De Ética Em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional De Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do

CNS/CONEP. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de comitês de ética em pesquisa (cep) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, Lote D - Edifício Po 700, 3º Andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 e-mail: conep@saude.gov.br.

Dados para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador responsável: Kaíla Da Silva Bontempo

Contato telefônico: 34 998882630

E-mail: **kailasbontempo@hotmail.com**

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Kaila da Silva Bontempo

MG 8931377

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ considerando, que fui informado (a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será a participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em autorizar a participação nesta pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo pesquisador, que me deu a oportunidade de ler e esclarecer todas as minhas dúvidas.

Uberaba, XX de XXXXXX de 2025.

Assinatura do participante e responsável legal